



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین

دانشکده بهداشت

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی

عنوان

رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان کشورهای حوزه

مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

استاد راهنما

دکتر سعید آصف زاده

نگارش

ژاله توفیقی

فروردین ۱۳۹۵

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

**رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص
داخلی با سلامت زنان در کشورهای حوزه مدیترانه
شرقی سازمان جهانی بهداشت**

تقدیم به پدرم

که باور بودن ، لذت دانستن ، جسارت خواستن و عظمت رسیدن

را به من آموخت و امروز در حسرت تایید نگاهش دلتنگم

تقدیم به مادرم

آموزگار مهربانی و سخت کوشی ، فرشته ای که دو دست دعایش

بال های پروازم هستند

ره آوردی گران سنگ تر از این ارزان ندارم

تقدیم تان باد

سپاسگزاری

نخستین سپاس و ستایش از آن خداوندی است که بنده کوچکش

را در دریای بیکران اندیشه، قطره ای ساخت تا وسعت آن را از

دریچه اندیشه های ناب آموزگارانی بزرگ به تماشا نشیند. اکنون

که در سایه سار بنده نوازی هایش پایان نامه حاضر به انجام

رسیده است، بر خود لازم می دانم تا مراتب سپاس و قدردانی

خود را به همه ی اساتید ارجمندی که تعلیماتشان چراغ راه بوده

است به ویژه جناب آقای دکتر آصف زاده استاد گرانقدرم تقدیم

بدارم.

سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان حوزه مدیترانه

شرقی سازمان جهانی بهداشت

چکیده

زمینه: سازمان جهانی بهداشت در کم تر از یک دهه پیش به منظور جلب توجه جهان به موضوع بین المللی و بین نسلی سلامت، شعار سرمایه گذاری در سلامت را مطرح نمود. مفهوم کلان سرمایه گذاری در سلامت از نظر نهادهای جهانی، بیشتر ناظر بر مشارکت مستقیم دولت ها در تأمین سلامت مردم است. سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی اهمیت جایگاه سلامت مردم در ذهن سیاستمداران هر کشور را مشخص می کند.

هدف: این مطالعه از نوع توصیفی - تحلیلی است و به بررسی رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت ، با شاخص های امید به زندگی سالم زنان و نسبت مرگ زنان باردار از عوارض بارداری به کل مرگ زنان در سن باروری و مرگ دختران زیر پنج سال پرداخته است.

روش: با استفاده از داده های ۲۲ کشور منطقه مدیترانه شرقی در طی سال های ۲۰۱۳ - ۲۰۰۰ در محیط نرم افزاری SPSS نسخه 23 ، با در نظر گرفتن مقیاس اندازه گیری متغیر ها و نحوه توزیع آنها از روش های آماری همبستگی پیرسون و اسپیرمن و تحلیل رگرسیون Multivariate استفاده شده است.

یافته ها: یافته های این مطالعه همبستگی قوی سرانه کل هزینه سلامت را با امید به زندگی سالم زنان ، نسبت مرگ ناشی از عوارض بارداری به کل مرگ زنان در سن باروری و مرگ دختران زیر پنج سال ، مرگ نوزادان و مرگ کودکان زیر یکسال را نشان داده است. بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی بامتغیرهای یادشده فوق همبستگی معنی داری وجود ندارد. در تحلیل رگرسیون بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی بامتغیرهای یادشده فوق رابطه وجود دارد.

نتیجه گیری: صرف هزینه ها کلان و سرمایه گذاری بیشتر در عرصه خدمات بهداشتی درمانی، همیشه به معنی بالا بودن میزان بازده و اثر بخشی برنامه نبوده و یافتن بخش هایی که بیشترین تأثیر در بهبود کارایی هزینه های محدود دولت را داشته باشد، یکی از الزامات کشورهای در حال توسعه است. تأمین مالی سلامت حداقل در حد و اندازه های متوسط جهانی، باحرکت به سمت افزایش تأمین هزینه ها از طریق بودجه عمومی و ویژه کردن نگاه های سیاستگذاران و متولیان نظام سلامت کشورها، به نقاط عطف سلامت در جامعه (زنان و کودکان) ضروری است

کلید واژه ها: هزینه های سلامت، تولید ناخالص داخلی، سلامت زنان

صفحه	عنوان
	فصل اول :
1-1-1	مقدمه
2-1	بیان مساله و اهمیت پژوهش
3-1	اهداف و فرضیات
1-3-1	هدف اصلی
2-3-1	اهداف فرعی
3-3-1	سوالات پژوهش
4-3-1	فرضیات پژوهش
	فصل دوم: بررسی متون
1-2	مقدمه
2-2	مبانی نظری پژوهش
3-2	مروری بر مطالعات انجام یافته
1-3-2	مطالعات انجام شده در ایران
2-3-2	مطالعات انجام شده در جهان
	فصل سوم : روش پژوهش
1-3	مقدمه
2-3	نوع پژوهش
3-3	جامعه پژوهش : همراه با معیار های ورود و خروج
4.3	روش نمونه گیری و حجم نمونه
5.3	روش گرد آوری داده ها
6-3	ابزار گردآوری داده ها
7-3	روش تجزیه و تحلیل داده ها : بیان روش های آماری و آزمون های مورد استفاده
8-3	مکان و زمان مطالعه
9-3	محدودیت های پژوهش
10-3	ملاحظات اخلاقی

صفحه	عنوان
40	3-11 تعریف واژه ها :
41	3.11.1 تعریف نظری هزینه های سلامت
41	3.11.2 تعریف عملیاتی هزینه های سلامت
41	3.11.3 تعریف نظری سرانه هزینه های سلامت :
41	3.11.4 تعریف عملیاتی سرانه هزینه های سلامت:
41	3.11.5 تعریف نظری سلامت زنان:
41	3.11.6 تعریف عملیاتی سلامت زنان:
42	3.11.7 تعریف نظری امید به زندگی سالم زنان:
42	3.11.8 تعریف عملیاتی امید به زندگی سالم زنان:
43	3.11.9 تعریف نظری نسبت PM :
43	3.11.10 تعریف عملیاتی نسبت PM :
43	3.11.11 تعریف نظری نرخ مرگ دختران زیر 5 سال:
43	3.11.12 تعریف عملیاتی نرخ مرگ دختران زیر 5 سال:
43	3.11.13 تعریف نظری توسعه انسانی زنان :
43	3.11.14 تعریف عملیاتی توسعه انسانی زنان:
43	3.11.15 تعریف نظری نرخ مرگ نوزادان:
44	3.11.16 تعریف عملیاتی نرخ مرگ نوزادان:
44	3.11.17 تعریف نظری نرخ مرگ کودکان زیر یکسال :
44	3.11.18 تعریف عملیاتی نرخ مرگ کودکان زیر یکسال:
	فصل چهارم : یافته ها
46	4.1 مقدمه
47	4.2 آمار توصیفی
56	4.3 آمار استنباطی
56	4.2.1 نرمال بودن داده ها:
59	4.3.1 نمودار پراکنش و تحلیل همبستگی:
75	4.3.2 شناسایی رگرسیون سهم هزینه های سلامت:

فهرست

صفحه

عنوان

فصل پنجم :

78.....	بحث	1.5
80.....	نتیجه گیری	2.5
82.....	پیشنهادات	3.5
84.....	منابع	

فهرست جداول

صفحه	عنوان
24.....	جدول 1-2: جدول مطالعات ایران.....
30.....	جدول 2-2: جدول مطالعات انجام شده در جهان.....
34.....	جدول 1-3: گروه بندی کشور ها بر اساس درآمد.....
35.....	جدول 2-3: گروه بندی کشورها براساس توسعه یافتگی.....
47.....	جدول 1-4: اطلاعات جمعیتی.....
47.....	جدول 2-4: شاخص های مرکزی سرانه کل هزینه سلات.....
48.....	جدول 3-4: شاخص های مرکزبهم هزینه های سلاما از GDP.....
48.....	جدول 4-4: شاخص های مرکزی PM.....
49.....	جدول 5-4: شاخص های مرکزی مرگ دختران زیر 5 سال.....
49.....	جدول 6-4: شاخص های مرکزی کودکان زیر یکسال.....
50.....	جدول 7-4: شاخص های مرکزی مرگ نوزادان.....
50.....	جدول 8-4: شاخص های مرکزی امید به زندگی سالم زنان.....
50.....	جدول 9-4: شاخص های مرکزی توسعه انسانی زنان.....
51.....	جدول 10-4: مقایسه شاخص های مطالعه برا اساس توسعه کشورهای منطقه.....
52.....	جدول 11-4: مقایسه شاخصهای مطالعه بر اساس درآمد کشورهای منطقه.....
53.....	جدول 12-4: ترتیب نزولی سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی.....

فهرست جداول

صفحه	عنوان
54.....	جدول 4-13 مقایسه ترتیب نزولی سهم از GDP در سال 2013 کشورهای منطقه.
55.....	جدول 4-14 ترتیب نزولی سرانه کل هزینه های سلامت کشورهای منطقه.
56.....	جدول 4-15 مقایسه ترتیب نزولی سرانه هزینه سلامت در سال 2013 کشورهای منطقه.
58.....	جدول 4-13 نتایج آزمون نرمال یا غیر نرمال بودن متغیرها.
76.....	جدول 4-17 ضرایب رگرسیون در مطالعه.
80.....	جدول 5-1 مقایسه میانگین سهم از تولید ناخالص و مشارکت دولت ها.

فهرست نمودارها

عنوان	صفحه
شکل 4-1: نمودار رابطه سرانه هزینه سلامت و مرگ کودکان زیر یکسال.....	60
شکل 4-2: نمودار سهم هزینه های سلامت و مرگ کودکان زیر یکسال.....	61
شکل 4-3: سرانه هزینه های سلامت و مرگ نوزادان.....	63
شکل 4-4: نمودار سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با مرگ نوزادان.....	64
شکل 4-5: نمودار سرانه هزینه های سلامت با مرگ زنان باردار از عوامل بارداری به کل مرگ زنان بارور.....	65
شکل 4-6: نمودار سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با مرگ زنان باردار.....	66
شکل 4-7: نمودار سرانه کل هزینه های سلامت با مرگ دختران زیر پنج سال.....	67
شکل 4-8: نمودار سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با مرگ دختران زیر پنج سال.....	68
شکل 4-9: نمودار سرانه هزینه های سلامت به امیدبه زندگی سالم زنان.....	70
شکل 4-10: نمودار سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با امید به زندگی سالم زنان.....	71
شکل 4-11: نمودار رابطه سرانه هزینه های سلامت با توسعه انسانی زنان.....	73
شکل 4-12: نمودار رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با توسعه انسانی زنان.....	74

فصل اول :

مقدمه و بیان مسأله

1-1 مقدمه

وضعیت سلامت کشورها شاخص کلیدی از حاکمیت بهینه محسوب می گردد. در سال های اخیر اغلب کشورها بهبود پیامد های سلامت را با افزایش سهم هزینه های سلامت تجربه کرده اند. غالباً سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی در کشورهای توسعه یافته بیش تر از کشورهای توسعه نیافته است. این نکته نشان می دهد میزان اهمیتی که سلامتی نیروی انسانی در جامعه دارد، با سطح توسعه یافتگی کشورها افزایش می یابد سلامت جمعیت از نوع سیستم سلامت و منابع آن تاثیر می پذیرد. ارزیابی این که آیا می توان برای سطح منابع یکسان، پیامدهای سلامت بهتر و یا پیامدهای یکسانی را با منابع کمتر تولید کرد، در جوامع انسانی امروز که درگیر بحران های اقتصادی و اجتماعی و سیاسی هستند حیاتی می باشد. تفاوت های قابل ملاحظه ای در ارتباط بین هزینه های سلامت و پیامدهای سلامت در بین کشورها و حتی مناطق درون کشورها وجود دارد. در کشورهای صنعتی و توسعه یافته افزایش نسبت هزینه های بهداشتی از تولید ناخالص داخلی یک نگرانی به شمار می آید، اما این نسبت برای کشورهای در حال توسعه رقم بالایی به حساب نمی آید (poullier , 2002) و نگرانی های زیادی در خصوص کیفیت مصرف این هزینه ها ی کم وجود دارد. تفاوت فاحش بین 17.9 درصد مخارج بهداشتی آمریکا از تولید ناخالص داخلی با 2.8 درصد در کشور امارات با پیامد بهداشتی مرگ مادران باردار به ترتیب 28 و 8 در هر صد هزار تولد زنده در سال 2013 از جمله تفاوت های قابل تامل در هزینه های بهداشتی و شاخص های سلامتی کشورها می باشد (WHO, 2014). کویت و امارات کمتر از 3 درصد از تولید ناخالص داخلی را به سلامت اختصاص داده اند اما از بیشترین امید به زندگی به ترتیب 77 و 78 سال، در بین کشورهای منتخب منا برخوردارند (مهرآرا، 1388). درآمد آن ها مانند کشورهای پر درآمد است اما سهم هزینه های سلامت به تولید ناخالص داخلی آن ها به مراتب کمتر از کشورهای پر درآمد است. در مورد مشابه، امید به زندگی بدو تولد زنان در کشور قطر با 2.2 درصد

سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی در سال 2013 با امید به زندگی بدو تولد زنان اروپا با 9.3 درصد سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی برابر است. با این وصف، رشد کند و تثبیت سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی در یک عدد ثابت به مدت 4 سال در آمریکا منجر به کاهش هزینه های مراقبت های سلامت فردی گردیده است و به عنوان پروژه ملی آن کشور، رسیدن به 19.6 درصد سهم هزینه های بهداشت از تولید ناخالص داخلی در سال 2021 مد نظر پژوهشگران آن کشور می باشد (Martin, 2014). شدت اهمیت مساله آنجا بیشتر می شود که عوامل اقتصادی و اجتماعی و سیاسی اثرات نامطلوب خود را عمدتاً بر سلامت طبقات پایین تر جامعه و گروه های آسیب پذیر سنی و جنسی می گذارند (حسینی، 1390). ریسک مرگ یک زن در کشورهای در حال توسعه، از عوارض بارداری و تولد فرزند درطول زندگی آنها 23 برابر بیشتر از زنان در کشورهای توسعه یافته است (WHO, 2014). این جاست که چگونگی مصرف منابع در حیطه ها حایز اهمیت می شود (رضاپور، 1391). و اینک سوال این است: آیا می توان اثرات زیانبار نابرابری درآمد و توزیع ناعادلانه ی آن و نابرابری در سلامت را در قالب سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی برای گروه های آسیب پذیر زنان و کودکان کم رنگ تر کرد؟

2-1 بیان مساله و اهمیت پژوهش

از دهه ی 1960 در بیشتر اقتصاد های صنعتی، سهم مخارج بهداشتی از تولید ناخالص داخلی، مورد توجه ویژه ی محققان اقتصادی بوده است سهم مخارج بهداشتی از تولید ناخالص داخلی (GDP یا Gross domestic product) تا قبل از بحران مالی و اقتصادی اخیر جهان، در اغلب کشورها روند صعودی داشته است و در بسیاری از کشورها نیز علیرغم بحران اقتصادی سال های اخیر نیز، از حرکت صعودی حتی با آهنگ کند، از رشد باز نمانده است. رشدی که ناشی از اجبار عوامل مختلفی

هم چون رشد جمعیت، تغییر انتظارات مردم، پیشرفت های تکنولوژیکی و تغییر الگوی بیماری ها بوده است (بهشتی ، 1389).

بر اساس داده های موجود در سازمان جهانی بهداشت در سال 2013، سهم کالاها و خدمات بهداشتی در جهان، 8.7 درصد از کل تولید ناخالص داخلی (GDP) بوده است. این رقم برای کشورهای کم درآمد 5.3 ، متوسط پایین 4.2 ، متوسط بالا 6.1 ، و درآمد بالا 12 درصد و در کشورهای پردرآمد عضو سازمان همکاری های اقتصادی (OECD)، 12.6 درصد بوده است. در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی این رقم 4.5 درصد تولید ناخالص داخلی بوده است. متوسط جهانی سرانه مخارج بهداشتی در سال 2013 برابر 1040 دلار آمریکا بوده است که به طور معنی داری بین کشورها و مناطق متفاوت است. این رقم در مدیترانه شرقی 230 دلار بوده است. بر اساس تقسیم بندی درآمدی کشور ها در بانک جهانی در سال 2013 رقم سرانه هزینه های بهداشتی کشور ها با درآمد بالا 4692، متوسط بالا 477، متوسط پایین 88، و کم درآمد ها 35 دلار آمریکا بوده است. تعیین لوکس یا ضروری بودن مخارج بهداشتی، مصرفی با سرمایه ای بودن سلامت، در تعیین نگرش به هزینه های بهداشتی حایز اهمیت است. در اغلب مطالعات تجربی انجام شده که اغلب هم در کشورهای توسعه یافته صورت گرفته است، مشاهده می شود که کشش درآمدی مخارج بهداشتی بزرگتر از یک یعنی یک کالای لوکس فرض شده است اما افرادی مانند (Blomqvist 1997)، (Clemente,2004) معتقدند تبعیت کردن مخارج بهداشتی به عنوان یک کالای لوکس غیر قابل قبول است. رابطه متقابل سهم هزینه های سلامت و تولید داخلی کشورها و تاثیر مستقیم و غیرمستقیم آن ها بر یکدیگر و بازتاب تاثیرات آن ها در سرمایه انسانی و نهایتا سلامت جامعه، مورد مذاقه بسیاری از محققان قرار گرفته است. در میان 88 کشور در حال توسعه نشان داده شده است که مخارج بهداشتی از طریق بهبود سرمایه ی انسانی تأثیر مثبت و معنی داری بر رشد تولید داخلی دارد (Wheeler,1980). در کشورهای عضو OECD مخارج بهداشتی منجر به بهبود استانداردهای زندگی و افزایش امید به زندگی افراد جامعه شده

است (Behrman, 1990) (Fogel, 2004). متقابلاً رشد تولید داخلی نیز، سهم هزینه های سلامت را افزایش می دهد که البته این در کشورهای در حال توسعه منأ، طبق مطالعه مهرآرا و فضایی در همه کشورها عمومیت ندارد (مهرآرا، 1388). برخی از مطالعات نیز نشان دهنده ی غیرمعنی دار بودن اثر مخارج بهداشتی بر رشد تولید داخلی است. آن گونه که مخارج بهداشتی نمی تواند به عنوان یک نوع سرمایه گذاری اثر معنی داری بر اقتصاد داشته باشد (Cullis, 1979). از دیگر سو 2015 سال سررسید اهداف توسعه هزاره بود اما همچنان در برنامه های 2030، کاهش مرگ و میر زنان باردار، پایان دادن به مرگ های قابل پیشگیری نوزادان و کودکان، اطمینان از دسترسی همگانی به خدمات مراقبت سلامت تولیدمثل و ارتقای کیفیت مراقبت های طبی چهارگانه¹ مدنظر است (post-2015) Agenda. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، متوسط امید به زندگی سالم زنان در 2012 و 2013 در کشورها با درآمد پایین (54 سال) با کشورها با درآمد بالا (72) سال شاهد 18 سال تفاوت است. با دقت در آهنگ رشد امید به زندگی سالم زنان از 2000 تا 2013 در تقسیم بندی چهارگانه درآمدی، 7 سال در کم درآمد ها و 2 سال در کشورها با درآمد بالا، نتیجه قابل تاملی است که بیانگر تاثیر عواملی غیر از درآمد، بر سلامت زنان می باشد. همچنان که متوسط تفاوت 10 سال اختلاف در امید به زندگی بدو تولد و امید به زندگی سالم خود در تعیین اتلاف هزینه های سلامت قابل تامل است. مقایسه روند نرخ باروری زنان در جهانی که با کاهش چشمگیر در تعداد زنان در سن باروری مناسب و 23 سال کاهش ممتد میزان باروری عمومی در جهان، به سمت سالمندی حرکت می کند، نشان می دهد عواقب و هزینه های قصور در موضوع سلامت زنان در دوره های مختلف زندگی آنان چالشی برای سلامت کل جامعه محسوب می شود (WHO, 2013). کاهش باروری اثر بیشتری بر کاهش جمعیت نسبت به افزایش جمعیت مربوط به نرخ مرگ و میر پایین می گذارد (Cervellati, 2011).

زنان در هر جامعه ای کم و بیش نیمی از جمعیت را تشکیل می دهند (world bank, 2013) که نیمی دیگر را تحت تاثیر و مدیریت قرار می دهند. سرمایه گذاری در سلامت زنان، فرصت کاهش هزینه

های سلامت کل جامعه می باشد (Ginsberg, 2013). حفاظت و ارتقا سلامت زنان نه فقط برای شهروندان امروز بلکه برای نسل های آینده مهم است فهم عمیق از نیازهای سلامت زنان و نقش مشارکتی آنها در سلامت جامعه فرصت تسریع حرکت به سمت توسعه را فراهم می آورد. هر زن و هر بچه ارزش چندگانه دارد و سلامت هر زن و هر بچه باید در صدر برنامه های سیاسی و سلامت کشورها قرارگیرد (Ban Ki Mon, 2010). وضعیت هایی که فقط زنان آن را تجربه می کنند و بیماری نیستند اما از نتایج منفی آن رنج می برند نیازمند پاسخی درخور و شایسته است (WHO, 2009). جامعه نیازمند مدیریت و جلوگیری از مشکلات سالمندی است. رفتارهای سالم زنان در همه مقاطع زندگی باعث پرورش سالمندان سالم تر و فعال تر می شود. جهان امروز شاهد افزایش مصرف الکل، تنباکو، شیوع چاقی، دیابت و بیماری های قلبی – عروقی ست (WHO). انتظار می رود سرمایه گذاری در سلامت افراد و زیر ساخت ها با توجه ویژه به گروه های آسیب پذیر کودکان و زنان، سرمایه انسانی جمعیت را سریع تر و بیشتر بهبود دهد.

هدف غایی این مطالعه انحصاراً فقط زنان نیست بلکه بیان می دارد که سلامت زنان راهبرد موثر در تقویت سیستم سلامت و سلامت همه ی افراد جامعه است. این مطالعه از آنجا اهمیت دارد که به تحلیل سهم هزینه های سلامت از درآمد ناخالص داخلی بر شاخص هایی از سلامت زنان می پردازد که در بررسی پیشینه نه تنها در مطالعات داخل کشور بلکه در مطالعات خارج از ایران نیز مسبوق به سابقه نمی باشد. شاخص امید به زندگی سالم زنان (HALE) و نسبت مرگ بارداری به کل مرگ زنان در سن باروری (PM) و نرخ مرگ دختران زیر 5 سال و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال و نرخ مرگ نوزادان و شاخص توسعه انسانی زنان بیان کننده های خوبی از وضعیت های عمومی سلامت و روند تغییر در سلامت و نیز تابلوی دقیق تری از نظام سلامت کشورها در پرداختن به نیازهای سلامتی زنان و جامعه می باشند. جایی که 40 درصد کاهش مرگ های زودرس منجر به افزایش 5 درصد امید به زندگی می شود (background paper, 2014). این مطالعه عملاً سعی در ارایه دیدگاهی که منجر به اقدام عملی برای کاهش اثرات نامطلوب نابرابری درآمد بر سلامت زنان، در قالب سهم هزینه

=====

های سلامت زنان، جهت جلب توجه دولت ها را، در ضمن مقایسه و تحلیل آماری دارد. شاخص های منتخب در این مطالعه، نگاه تازه ای به دیگر پژوهشگران می دهد که جنبه های پرداخته نشده از سلامت را در تحقیقات خود مد نظر قرار دهند. وبه شاخص های ترکیبی که بهتر و عمیق تر می توانند روند، گستردگی و عمق تاثیر گذاری برنامه های سلامت کشورها را بیان نمایند بپردازند. باتوجه به جریان طرح تحول در نظام سلامت ایران، این مطالعه سعی دارد که متولیان طرح تحول را به نگاه ویژه به سلامت زنان به عنوان نقطه عطفی که بیشترین تاثیر را بر سلامت جامعه دارد (Ravindran, 2007) بکشاند. و از دیگر سو این پژوهش به عنوان ابزاری برای تامین اطلاعات مبتنی بر جامعه برای هرگونه تصمیم گیری و سیاستگذاری و برنامه ریزی مناسب در جهت رفع نیازها و تنگناهای سلامتی زنان و بهبود وضعیت آنان از جایگاه اهمیت برخوردار است. در این مطالعه درک چگونگی پاسخ مناسب نظام سلامت در سیاستگذاری و برنامه ریزی مناسب و رفع نیازهای سلامت زنان و ارتقا کیفیت مراقبت های ارائه شده مورد تاکید است. کشورهای منتخب در این مطالعه کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، ترکیبی از کشورها با درآمد پایین، متوسط پایین، متوسط بالا و درآمد بالا هستند و از طرفی تشابهات ساختارهای اجتماعی فرهنگی و نظام سلامت، امکان تحلیل داده ها و مقایسه و کسب نتایج کاربردی و راهکارهای عملی مناسب را فراهم می آورد. پیوستن کشور ایران به سازمان بین المللی زنان، انگیزه ای درخور برای این مطالعه فراهم آورده است. بحران مالی و اقتصادی و گذار سلامتی حاضر، تمرکز بر سلامت و نیازهای زنان را از حالت "اولویت" به حالت "فوریت" مبدل کرده است (WHO).

SRMNH: Sexual, Reproductive, Maternal and Newborn death

1-3 اهداف و فرضیات

1-3-1 هدف اصلی

رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2 اهداف فرعی

1-3-2-1 رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با امید به زندگی سالم در زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-2 رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با PM کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-3 رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با نرخ مرگ دختران زیر 5 سال کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-4 رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با توسعه انسانی زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-5 رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با نرخ مرگ نوزادان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-6 رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با نرخ مرگ کودکان زیر یکسال کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-7 رابطه سرانه کل هزینه های سلامت با امید به زندگی سالم در زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-8 رابطه سرانه کل هزینه های سلامت با PM کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-9 رابطه سرانه کل هزینه های سلامت با نرخ مرگ دختران زیر 5 سال کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-10 رابطه سرانه کل هزینه های سلامت با توسعه انسانی زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-11 رابطه سرانه کل هزینه های سلامت با نرخ مرگ نوزادان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

1-3-2-12 رابطه سرانه کل هزینه های سلامت با نرخ مرگ کودکان زیر یکسال کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

=====

3-3-1 سوالات پژوهش

سوال 1: آیا امید به زندگی سالم زنان در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سرانه کل هزینه سلامت رابطه دارد.

سوال 2: آیا شاخص PM در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سرانه کل هزینه سلامت رابطه دارد.

سوال 3: آیا نرخ مرگ دختران زیر 5 سال در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سرانه کل هزینه های سلامت رابطه دارد.

سوال 4: آیا شاخص توسعه انسانی زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سرانه کل هزینه های سلامت رابطه دارد.

سوال 5 : آیا نرخ مرگ نوزادان در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سامان جهانی بهداشت با سرانه کل هزینه های سلامت رابطه دارد

سوال 6 : آیا نرخ مرگ کودکان زیر یک سال در کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سرانه کل هزینه های سلامت رابطه دارد

=====

۴-۳-۱ فرضیات پژوهش

فرضیه اول: امید به زندگی سالم زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه دارد.

فرضیه دوم: شاخص PM کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه دارد.

فرضیه سوم: نرخ مرگ دختران زیر 5 سال کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه دارد.

فرضیه چهارم: شاخص توسعه انسانی زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه دارد

فرضیه پنجم: نرخ مرگ نوزادان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه دارد

فرضیه ششم: نرخ مرگ کودکان زیر یکسال کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت با سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی رابطه دارد

فصل دوم: بررسی متون

2-1 مقدمه

در انتزاع مساله تحقیق و به عبارت دقیق تر صورت زیرین مساله ضروری است نقش و وظایف دولت ها در تامین سلامت جامعه مورد مذاقه قرار گیرد. سلامتی حق اساسی هر انسان و یک هدف اجتماعی است (درویش پور ، 1389). سلامتی با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی ، شرط لازم و ضروری برای ایفای نقش های فردی و اجتماعی ست و بدون تردید کسی که دچار اختلال در سلامتی است از بر عهده گرفتن تعهدات و الزامات فردی، خانوادگی و اجتماعی ناتوان خواهد بود(ودادهیر ، 1389). دیدگاه دولتمردان کشورها به سلامت درخصوص لوکس یا ضروری بودن، قرارگرفتن بر دوراهی انتخاب راه حل ها ست. آیا این که بهبود سلامت افراد جامعه را یک سرمایه گذاری بدانند یا خیر، بر تعیین مسیر حرکت و تحول نظام های سلامت تاثیر ندارد؟ آیا تخصیص بودجه ها و ایجاد ظرفیت های فیزیکی، توجه ویژه به گروه های خاص آسیب پذیر جنسی و سنی جامعه را برطرف می کند؟ مطالعات گسترده ای نقش هزینه های سلامت را در توسعه اقتصادی اجتماعی بررسی نموده اند اما بهبود کارایی این هزینه ها همچنان در کانون توجه و بررسی های مجدد قرار دارد.

2-2 مبانی نظری پژوهش

یکی از چالش های اساسی در نظام های سلامت شناسایی عامل یا عوامل تعیین کننده مقدار منابعی است که کشورها برای مراقبت های سلامت خود اختصاص می دهند. هزینه های سلامتی ایی که تحت تاثیر مسایل اجتماعی و اقتصادی و سیاسی نظیر جنگ و بحران های اقتصادی، چرخه های انتخاباتی، فرهنگ حفظ محیط زیست، نوسانات بازارهای نفتی برای کشورهای نفت خیز و غیره دچار نوسان می شود. Newhose در سال 1977 با بیان اینکه مهم ترین عامل موثر بر مخارج بهداشتی کشورها، میزان درآمد (تولید ناخالص داخلی) آنهاست، فرضیه ای را مطرح کرد که مبنای تحقیقات بسیاری درخصوص هزینه های بهداشتی و عوامل موثر بر آن شد. تعیین لوکس یا ضروری بودن کالای سلامت و همچنین تفاوت تاثیر گذاری مخارج بهداشتی عمومی و خصوصی از ابعاد بسیار مهم در این مطالعات به شمار می رود. بیشتر مطالعات موجود، در کشورهای توسعه یافته انجام شده است که در اکثریت آنها کشش درآمدی هزینه های بهداشتی را بیش از یک یعنی کالایی لوکس تعیین کرده بودند. اما مطالعاتی نیز تبعیت کردن مخارج بهداشتی را به عنوان یک کالای لوکس غیر قابل قبول دانسته اند (Blomqvist, 1997). علاوه بر نامانایی بالقوه در داده ها، روش بررسی داده ها نیز در لوکس قلمداد کردن یا نکردن کالای سلامتی نقش داشته است و مطالعات گفته شده خالی از رگرسیون های کاذب نبوده است (مهرآرا، 1391).

سلامت از ارکان مفهوم سرمایه انسانی است که بطور مستقیم و غیرمستقیم بر انباشت سرمایه انسانی تاثیر می گذارد و سرمایه انسانی به عنوان یکی از عوامل مهم رشد و توسعه شناخته شده است و لذا بهبود در سلامت می تواند نوعی سرمایه گذاری باشد (Spence, 2009). سرمایه انسانی کانال اصلی

اثرگذاری امید به زندگی بر رشد اقتصادی است (Oster, 2012). در سطح کلان انتظار می رود با سرمایه گذاری در سلامت نیروی کار و زیر ساخت ها، وضعیت سلامت و در نتیجه سرمایه انسانی جمعیت بهبود پیدا کند (Novignon, 2012). نتایج این مطالعات در تقابل با دیدگاه تعداد محدودی از اقتصاددانان است که مخارج بهداشتی را یک نوع هزینه محسوب می کنند و آن را باعث کاهش منابع در دسترس و در نتیجه کاهش تولید می دانند (Aisa, 2005).

رابطه متقابل هزینه های بهداشتی و رشد اقتصادی و هزینه های بهداشتی و سلامت جامعه از جنبه های مهم قابل بحث است. بنا بر مبانی تئوریک و مشاهدات تجربی بسیاری، مخارج بهداشتی و تولید ناخالص داخلی در کشورها دارای ارتباط متقابل بوده است. یعنی مخارج بهداشتی تابعی از منابع موجود و در دسترس (درآمد یا ثروت) است (Newhouse, 1977). و درآمد نیز با افزایش مخارج بهداشتی وابسته است (Barrow, 1996). اما بر اساس نتایج به دست آمده از یک بررسی در مجموعه ای از کشورها با سطوح مختلف درآمدی، علیت بین مخارج بهداشتی و تولید ناخالص داخلی، در کشورهای با درآمد پایین و متوسط تنها از طرف درآمد به مخارج بهداشتی وجود دارد ولی در کشورهای با درآمد بالا، مخارج بهداشتی نیز بر میزان تولید ناخالص داخلی موثر است (Erdil, 2004).

با بررسی در سهم هزینه های سلامت کشورها از تولید ناخالص داخلی آنها، تفاوت های قابل تامل در این سهم و پیامدهای بهداشتی بدست آمده وجود دارد. کویت، امارات و قطر سهم کمی از تولید ناخالص داخلی را به سلامت اختصاص داده اند اما از امید به زندگی بالایی در بین کشور های در حال توسعه برخوردارند. درآمد آن ها مانند کشورهای پردرآمد است ولیکن سهم هزینه های سلامت به تولید ناخالص داخلی آن به مراتب کمتر از کشورهای پردرآمد است (مهرآرا، 1388).

تفاوت 17.9 درصد مخارج بهداشتی آمریکا از تولید ناخالص داخلی با 2.8 درصد در کشور امارات با پیامد بهداشتی مرگ مادران باردار به ترتیب 28 و 8 در هر صد هزار تولد زنده در سال 2013 تحلیل

هزینه های سلامت را ضروری می گرداند. از آن جایی که ارتقا سلامت در جوامع بیمار بسیار دشوارتر از کمک به افراد بیمار در جوامع سالم است (Pickering , 2007). مسئله افزایش بهره وری و کارایی هزینه های سلامت و شناسایی حیطه هایی که مناطق عطف در سلامت جامعه می باشند برای تمامی کشورها مهم است.

بخش خصوصی در کنار بخش عمومی به منظور حفظ سلامت و تقویت آن در جامعه، هزینه هایی را متحمل شده است که در ادبیات اقتصادی به عنوان هزینه های سلامت خصوصی شناخته می شود. هر چند هدف اصلی هر دو نوع هزینه عمومی و خصوصی، بهبود سلامت جامعه است، اما تجارب جهانی نشان می دهد کارایی هزینه های سلامت در کشورهای مختلف متفاوت است. این امر موجب شده است با توجه به کارایی هزینه ها، بازنگری در هزینه های سلامت مورد توجه قرار گیرد. در عرصه بهداشت و درمان دخالت دولت، کمک دولت و نظارت دولت در همه کشورها امری پذیرفته شده است. تقریباً همه دولت ها در سرمایه گذاری و تامین یارانه برای بخش بهداشت مسئولیت دارند. گفتن اینکه هر حکومتی چه مقدار باید برای نگهداری و بهبود سلامت مردمش هزینه کند بدون دانستن چالش هایی که با آن مواجه است بسیار سخت و می توان گفت تیردر تاریکی انداختن است. بدون دانستن چهره اپیدمیولوژیکی کشور، بدون تعیین سطح سلامتی که مطلوب نظر است و مایل است بدان برسد، بدون در نظر گرفتن اثر بخشی درون داده های سلامت که باید آن ها را بخرد، و بدون احتساب ارزش و تاثیر سایر ابعاد منابع و تعیین کننده های اجتماعی نمی توان به درستی در مورد حد و مرز این رقم تصمیم گیری کرد. بدیهی است که پاسخ به این سوال مستلزم مشخص کردن فاکتورهایی است که برآورد ها را متغیر می کند. مفهوم سرانه (per capita)، به بیان ساده، عددی است که از تقسیم یک کل بر تعداد افراد مشمول آن کل حاصل می شود در مطالعات علمی لغت سرانه به متوسط هزینه بهداشت و درمان (مجموع هزینه

ها) به ازای هر فرد در کشور اشاره دارد. در نگاه سیاستگذاران، مدیران مراد از سرانه مبلغ تخصیص یافته در بودجه دولت به بخش رسمی بهداشت و درمان است. در بیان های گوناگون مفهوم "سرانه هزینه بهداشت و درمان" در کشورها معنی متفاوتی می یابد. دشواری در تخمین میزان صرف شده از بودجه دولتی در بخش بهداشت و درمان نیز وجود دارد. بخش رسمی بهداشت و درمان، یعنی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی - هزینه هایی غیر از بهداشت و درمان دارد و در نتیجه تمام بودجه این وزارتخانه را نمی توان به سادگی به حساب سلامت مردم گذاشت. مفهوم سرانه باید فنی و تخصصی تعریف شود. از دیگر سو سخن گفتن از مطلوب بودن این سرانه نیز آسان نیست. در سطح جهانی نیز معیار مشخصی برای تعیین میزان مطلوب سرانه (بخشی از درآمد ناخالص) وجود ندارد و سیاستگذاران و متولیان نظام های سلامت را رها و در بهترین حالت به مقایسه ها سوق می دهد که گرچه ممکن است علمی و دقیق نباشد اما موثر و تاثیرگذار خواهد بود.

سلامتی مفهومی گسترده، پر ابعاد و تا حد زیادی مبهم است و سلامت کامل یک پدیده آرمانی است و همین گستردگی و ابهام اندازه گیری آن را پیچیده تر نموده است. سلامتی غیرقابل خریدن در لحظه، اما فراهم کردنی در طول زمان است. شاید ساده ترین بعد مفهوم سلامت برای اندازه گیری، همان سلامت جسمی باشد. بیشترین شاخص های سلامتی بررسی شده در مطالعات مرتبط با هزینه های سلامت، شاخص های مرگ و میر (مرگ و میر خام، کودکان، نوزادان) و امید به زندگی بدو تولد (که توانایی محاسبه ناتوانی و بیماری های مزمن را ندارد) بوده است. ضروری به نظر می رسد شاخص هایی از سلامت که بهزیستی را بیان می کنند مانند امید به زندگی سالم، توسعه انسانی، نابرابری جنسیتی جایگزین شاخص های محدود و نارسایی مانند میزان های مرگ و میر شود. مطالعه روند تغییرات امید به زندگی سالم در طول زمان، روند تغییرات در اولین عملکرد اساسی نظام سلامت، یعنی افزایش میانگین سطح سلامت جامعه را نشان خواهد داد. و بررسی روند تغییرات توزیع امید به زندگی

سالم در طول زمان نیز روند تغییرات در دومین عملکرد اساسی نظام سلامت، یعنی اطمینان از رعایت عدالت در افزایش سطح سلامت جامعه را منعکس خواهد نمود (پور ملک، 1386).

پرداختن به نقش و تاثیر گروه های آسیب پذیر سنی و جنسی (زنان و کودکان) در جامعه که ضمن تاثیرات زیر بنایی در شکل دادن سلامت کل جامعه، در صورت پرداختن به آنها و نداشتن نگاه ویژه، سرمایه های در دسترس و آتی سلامت جامعه را می بلعد و در نهایت سلامت کل جمعیت را نزول می دهد از حیطه های حیاتی نظام های سلامت به شمار می رود. زنان در بسیاری از کشورهای جهان یکی از موضوعات محوری فرایند توسعه هستند. جهان امروز بسیار نیازمند است که به تعریف مفهومی از سلامت زنان برسد که بنیاد یک رویکرد مرتبط و موثر در برنامه های ارتقا سلامت و پیشگیری از معضلات بهداشتی و بیماری ها را داشته باشد. دستیابی به توسعه و سلامت در جهان بدون توجه به اهمیت سلامت زنان و بدون در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی اولویت دار، در ابعاد گوناگون سیاست ها و برنامه های بهداشتی و توسعه ممکن نیست. کاهش نابرابری سرمایه انسانی در زنان به طور معناداری، بیشتر از کاهش آن در مردان بر رشد اقتصادی و امید به زندگی تأثیر می گذارد. در بسیاری از مناطق مختلف جهان تفاوت شگرفی میان تأثیر نابرابری سرمایه انسانی در زنان با نابرابری آن در مردان بر رشد اقتصادی وجود دارد (عبادی، 1389). گرچه میزان مرگ و میر زنان در برخی از گروه های سنی کمتر از مردان است اما در کشورهای در حال توسعه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت، تفاوت امید به زندگی سالم زنان و مردان، هم تراز و یا با تفاوت یک تا دو سال دیده می شود. و در محدوده سنی 40-60 (سال های مهم برای سلامت زنان و جامعه) نه تنها امید به زندگی سالم زنان پایین تر است بلکه در سایر دوره های سنی بالابودن امید به زندگی سالم زنان مربوط به امید به زندگی بدو تولد بالاتر آنها و نه توانایی و سلامت بیشتر زنان است (پور ملک، 1386). زنان بر اساس آمارهای بهداشتی در مقایسه با مردان آسیب پذیری بیشتری در مقابل بیماری دارند. بالابودن شیوع برخی بیماری ها در میان آنها، خطیر بودن پیش آمد های بهداشتی در میان آنها، تفاوت سرعت شیوع در بین زنان و مردان، روند

کنونی تغییر الگوی سلامتی - بیماری، نیاز به مداخلات ویژه، نامساعد بودن دسترسی و استفاده از خدمات بهداشتی درمانی، سلامت زنان را به تعاملات گسترده فردی- اجتماعی، اقتصادی - سیاسی گره زده است. این مطالعه انتظار دارد با ویژه کردن نگاه سیاستگذاران و مجریان طرح های مختلف نظام سلامت بر گروه های سنی و جنسی آسیب پذیر (زنان و کودکان) در طی برنامه های میان مدت و بلند مدت به ساختاری پذیرفته شده برای ارتقا سلامت عمومی جامعه طی نسل های آتی برسد. و آغازی برای یک سریال از مطالعات اختصاصی در تحلیل برنامه های موجود سلامت زنان و طراحی برنامه های ارتقا سلامت زنان در آینده نزدیک باشد.

2-3 مروری بر مطالعات انجام یافته

2-3-1 مطالعات انجام شده در ایران

روشن شدن رابطه بین مخارج بهداشتی و رشد اقتصادی به نوعی در ترسیم سیاست های کلان اقتصادی در بخش بهداشت جامعه مهم و کمک کننده بوده است. مطالعه اسد زاده و همکاران به منظور تعیین ارتباط مخارج سلامت دولتی و خصوصی بر رشد اقتصادی در 28 استان ایران در یک دوره پنج ساله 1379-1384 با استفاده از داده های پانل نشان می دهد مخارج سلامت دولتی سرانه، اثر مثبت 0.85 ($P=0.001$) و معنی دار بر تولید ناخالص داخلی سرانه دارد به عبارت دیگر با افزایش یک واحدی مخارج سلامت دولت، رشد اقتصادی به میزان 0.85 برابر می شود. همچنین مخارج بهداشتی خصوصی سرانه بر تولید ناخالص سرانه، مثبت (0.80) ولی از نظر آماری این اثر معنی دار نیست ($P=0.4$) (اسدزاده، 1394). در مطالعه ی شاه آبادی که در طی سال های 2010-1994 در بین 15 کشور توسعه یافته و 14 کشور در حال توسعه از جمله ایران انجام داده است نشان داده شده که در زمان وجود رشد اقتصادی، سرانه هزینه های بهداشت عمومی هم رشد دارد. به بیان دیگر اگر تولید ناخالص داخلی یک درصد افزایش یابد رشد سرانه هزینه های بهداشت عمومی 0.72 درصد (بدون در نظر گرفتن متغیر با وقفه) افزایش می یابد، و زمانی که متغیر با وقفه در مدل لحاظ شود این میزان افزایش به 0.82 درصد افزایش می یابد (شاه آبادی، 1391). بهشتی در بررسی تجربی مشابه ای در داخل ایران در دوره 1383-1388 نشان می دهد تنها یک رابطه بلندمدت و متقابل بین مخارج سلامت دولت و تولید ناخالص داخلی وجود دارد (بهشتی، 1387). سلمانانی در مطالعه خود که در دوره زمانی 1350-1381 به نتیجه مشابه مطالعه بهشتی دست یافت (سلمانانی، 1389). در مطالعه بهبودی و همکاران که در کشورها با درآمد پایین و متوسط (در حال توسعه) که ایران هم جز این مطالعه است، یافته ها حاکی از آن بود که تنها از طرف درآمد سرانه به مخارج سلامت سرانه علیت

وجود دارد (بهبودی، 1390). مهر آرا و فضایی با مطالعه در 13 کشور منتخب خاورمیانه و شمال آفریقا که کشور ایران نیز راشامل می شد بین سال های 1995-2005 که عمدتاً با توسعه انسانی متوسط (0.5-0.8) بودند نشان داد که هرچند که یک رابطه قوی میان درآمد و مخارج سلامتی حداقل در بلند مدت وجود دارد اما برخلاف مطالعات دیگر، این کالا (برحسب کشش) هنوز در این کشورها لوکس تلقی نمی شود و پایین بودن ضریب تعدیل (0.16-) نیز دلالت بر چسبندگی زیاد هزینه های سلامتی در مواجهه با نوسانات درآمدی دارد. در واقع این کشورها مایل وقادر نیستند هزینه های سلامتی را در مواجهه با شوک های درآمدی به سرعت تعدیل کنند. نتیجه مذکور با آنچه درمورد سایر مناطق بدست آمده است سازگار نیست. درواقع هرچند درغالب مناطق از جمله کشورهای توسعه یافته با افزایش تولید ناخالص داخلی، سرانه سهم هزینه های بهداشتی از درآمد ناخالص داخلی افزایش می یابد اما الگوی مذکور برای کشورهای منا به ویژه کشورهای صادر کننده نفت برقرار نمی باشد که این خود دلیلی بر صحت ادعای لوکس نبودن مراقبت های سلامت در این منطقه درکوتاه مدت و حتی بلند مدت می باشد(مهرآرا، 1391).

داده ها از مشاهدات سری زمانی و مقطعی شامل 14 کشور خاورمیانه از جمله ایران و برای 17 سال (2006 - 1990) کشش درامدی برای اکثر کشورها کمتر از یک است. به علاوه ارتباط بین درآمد و مخارج بهداشتی تحت تأثیر پیشرفت های تکنولوژیکی بین کشورها تغییر کرده است. تخمین ها نشان داد که کشش درامدی مخارج بهداشتی بین سال های (2006 - 1990) برای تمامی کشورها به طور پایداری افزایش یافته است (مهرآرا، 1392).

امروزه دیدگاهی که معضل کمبود سرمایه فیزیکی را به عنوان اصلی ترین چالش کشورهای درحال توسعه درفرآیند رشد وتوسعه برشمرده است، مورد تردید قرار گرفته است و برعکس دیدگاه جدیدی که

سرمایه انسانی، شامل آموزش و سلامت را به عنوان سنگ بنای فرآیند رشد و توسعه معرفی می کند پذیرفته شده است (مجتهدی، 1384). مطالعه لطف علی پور و همکاران تاثیر سلامت سرمایه انسانی را بر نرخ رشد درآمد سرانه مثبت اعلام کردند (لطفعلی پور، 1391). مطالعه موردی کشورهای منتخب در حال توسعه از جمله ایران و 33 کشور در حال توسعه نشان داد علاوه بر سرمایه انسانی، سرمایه سلامت که با متغیر مخارج سلامت مشخص شده است اثر مثبت و معناداری بر رشد اقتصادی دارد (مجتهدی، 1384). بر اساس دیدگاه تئوری سرمایه انسانی افراد با ذخایری از بهداشت به دنیا می آیند که بعضی کمتر و برخی بیشتر از آن برخوردارند. موجودی بهداشت در طول زمان استهلاک می یابد وقتی موجودی بهداشت به حد کافی کاهش یافت کارایی فرد از دست می رود و سرانجام می میرد و به این فرایند استهلاک سرمایه بهداشتی می گویند به این ترتیب موجودی بهداشت هر فرد نیز تابعی از مخارج بهداشتی خواهد بود. تجارب جهانی نشان می دهد کارایی هزینه های سلامت در کشورهای مختلف متفاوت است. این امر موجب شده است با توجه به کارایی هزینه ها، بازنگری در هزینه های سلامت مورد توجه قرار گیرد. مسئله افزایش بهره وری و کارایی هزینه های سلامت برای تمامی کشورها مهم است. در راستای افزایش کارایی و بهره وری، شناخت جایگاه فعلی و اندازه گیری کارایی در نظام های سلامت از اهمیت ویژهای برخوردار است میانگین کارایی فنی هزینه های سلامت در بخش دولتی و خصوصی ایران به ترتیب 0.63 و 0.25 است میانگین کارایی هزینه های عمومی و خصوصی سلامت در کشورهای منطقه منا نشان می دهد از یک سو، میانگین کارایی هزینه های عمومی همواره بیشتر از میانگین کارایی هزینه های خصوصی بوده است. از سوی دیگر، اختلاف بین میانگین کارایی هزینه های عمومی و خصوصی سلامت در طی دوره بهبود یافته است (فتاحی 1393). نظام سلامت در صورتی به کارایی اقتصادی دست خواهد یافت که بروندهای سلامت با حداقل درونداها حاصل شود (عبادی فردآذر، 1390). در مطالعه ای که با استفاده از اطلاعات تابلویی 68 کشور با سطح درآمد متوسط طی دوره 1995-2010 تاثیر مخارج سلامت را بر روی وضعیت سلامت

مورد بررسی قرارداد است، افزایش مخارج سلامت با افزایش امید به زندگی و کاهش نرخ مرگ و میر عمومی و کاهش نرخ مرگ و میر کودکان همراه است مخارج سلامت صرف نظر از منبع تامین کننده بطور معنی داری امید به زندگی را افزایش داده و نرخ مرگ و میر خام در هر هزار نفر و نرخ مرگ و میر نوزادان در هر هزار تولد زنده را کاهش می دهد (صادقی ، 1393). طبق مطالعه ای که در آن امید به زندگی سالم را برای کشور ایران برآورد کرده است ، امید به زندگی سالم مردان در هر سن معادل 0.86 درصد کل امید زندگی آنان در همان سن و برای زنان معادل 0.84 درصد کل امید زندگی زنان در آن سن بوده است و بیش تر بودن امید به زندگی سالم زنان نسبت به مردان، به دلیل امید به زندگی بدو تولد طولانی تر بوده است و نه ناتوانی کمتر. بنابراین متراکم شدن بیماری یا ناتوانی، یعنی کمتر شدن (یا بودن) نسبی ناتوانی همراه با افزایش نسبی کل امید زندگی، در زنان نسبت به مردان وجود ندارد بلکه بیشتر بودن نسبی کل امید زندگی زنان نسبت به مردان، به طور کلی با گسترش ناتوانی نزد زنان در کل گروه های سنی همراه است. موضوع بسیار مهم این است که میزان های ناتوانی در زنان ایرانی گروه های سنی 40 تا 59 سال به طور نامتناسب و قابل ملاحظه ای بالاتر از میانگین های منطقه مدیترانه شرقی (در سال 1379) می باشد. اختلاف اخیر، برجسته ترین و قابل تأمل ترین تفاوتی است که بین میزان های ناتوانی ایران در سال 1382 و میانگین کشورهای مدیترانه شرقی در سال 1379 دیده می شود (پورملک، 1386). مطالعه انجام شده در طی سال های 1360 الی 1390 در بررسی رابطه علی شاخص توسعه انسانی و نرخ مرگ و میر کودکان زیر 5 سال نشان داده است که بهبود شاخص توسعه انسانی باعث کاهش مرگ و میر کودکان زیر 5 سال شده است (سپهر دوست ، 1394). مطالعه توصیفی - تطبیقی انجام شده در کشورهای منتخب جهان نشان داده شده است که مرگ و میر مادران با شاخص توسعه انسانی رابطه نزدیک دارد و ارتقا و بهبود این شاخص باعث کاهش مرگ و میر مادران می شود (آصف زاده ، 1392). از جمله مطالعاتی که بیانگر تاثیر پذیری سهم هزینه

های سلامت از سایر عوامل سیاسی -اقتصادی است می توان به دو مطالعه اخیر اشاره کرد. مطالعه انجام شده در کشور ایران به عنوان یک کشور نفت خیز که درآمد عمده و اول آن نفت است، در اثر تکانه ای مثبت به اندازه یک انحراف معیار در درآمدهای نفتی دولت ایران، مخارج بهداشتی دولت تا 8 دوره افزایش و بعد از آن کاهش می یابد و نهایتاً بعد از 16 دوره، منفی می شود. در دوره شانزدهم این روند تعدیل می شود و به صفر می رسد. کاهش مخارج سلامت تا دوره بیست و چهارم به روند نزولی خود ادامه داده و پس از آن، دوباره صعودی می شود(اسد زاده، 1393). مطالعه ی شاه آبادی که در طی سال های 1994-2010 در بین 15 کشور توسعه یافته و 14 کشور در حال توسعه از جمله ایران انجام داده است نشان می دهد که متغیر انتخابات در کشورهای در حال توسعه مانند کشورهای توسعه یافته دارای تاثیر مثبت و معنی داری بر رشد سرانه هزینه های بهداشت عمومی بوده است(شاه آبادی، 1391). مطالعه انجام شده بر رابطه نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم نشان داده است که در بین متغیرهای آموزش، درآمد، و سیاست، متغیر آموزش بیشترین و قوی ترین ارتباط را در سلامت زنان با شاخص امید به زندگی سالم دارد (احمدی، 1391) و (مرادی، 1391). تجزیه و تحلیل هزینه های مراقبت های بهداشتی که اخیراً در منطقه ی غرب اقیانوس آرام و در سازمان جهانی بهداشت به عمل آمد، نشانگر آن است که 16 درصد مخارج بیمارستانی مربوط به افراد مبتلا به بیماری های مزمن آن هم فقط در دیابت بوده است. واین فقط بخش پیدای هزینه ها در یک بیماری ست،(کریمی، 1390).

جدول 1-2: جدول مطالعات ایران

نتیجه	متغیر / موضوع	محقق اول / سال
سرمایه انسانی الزام توسعه	سرمایه انسانی - سرمایه سلامت (مخارج سلامت)	مجتهدی، 1384
کمتر شدن (یا بودن) نسبی ناتوانی همراه با افزایش نسبی کل امید زندگی، در زنان نسبت به مردان وجود ندارد	امید به زندگی سالم	پورملک، 1386
تنها بک رابطه بلندمدت و متقابل وجود دارد	رابطه متقابل هزینه های سلامت و رشد اقتصادی	بهشتی، 1387
تنها بک رابطه بلندمدت و متقابل وجود دارد	رابطه متقابل هزینه های سلامت و رشد اقتصادی	سلمانی، 1389
تنها از طرف درآمد سرانه به مخارج سلامت سرانه علیت وجود دارد	رابطه متقابل هزینه های سلامت و رشد اقتصادی	بهبودی، 1390
16 درصد مخارج بیمارستانی فقط مربوط به یک بیماری مزمن (دیابت)	تجزیه و تحلیل هزینه های مراقبت های بهداشتی	کریمی، 1390
رشد تولید داخلی منجر به رشد هزینه های عمومی سلامت می شود	رشد اقتصادی و سرانه هزینه های بهداشت عمومی	شاه آبادی، 1391
رابطه قوی میان درآمد و مخارج سلامتی حداقل در بلند مدت لوکس نبودن سلامت چسبندگی زیاد هزینه های سلامتی در مواجهه با نوسانات درآمدی	رابطه متقابل هزینه های سلامت و رشد اقتصادی و لوکس بودن یا نبودن	مهرآرا، 1391

محقق اول / سال	متغیر مورد بررسی	نتیجه
صادقی ، 1393	مخارج سلامت با امید به زندگی و نرخ مرگ ومیر عمومی و مرگ ومیر کودکان	مخارج سلامت صرف نظر از منبع تامین کننده بطور معنی داری امید به زندگی را افزایش و نرخ مرگ ومیر خام در هر هزار نفر و نرخ مرگ ومیر نوزادان در هر هزار تولد زنده را کاهش می دهد
اسد زاده ، 1393	تاثیر پذیری سهم هزینه های سلامت از سایر عوامل سیاسی -اقتصادی	در اثر تکانه ای مثبت به اندازه یک انحراف معیار در درآمدهای نفتی دولت ایران، مخارج بهداشتی دولت تا 8 دوره افزایش و بعد از آن کاهش می یابد و نهایتا بعد از 16 دوره، منفی می شود. در دوره شانزدهم این روند تعدیل می شود و به صفر می رسد. کاهش مخارج سلامت تا دوره بیست و چهارم به روند نزولی خود ادامه داده و پس از آن، دوباره صعودی می شود
سپهر دوست ، 1394	شاخص توسعه انسانی و نرخ مرگ ومیر کودکان زیر 5	بهبود شاخص توسعه انسانی باعث کاهش مرگ ومیر کودکان زیر 5 سال شده است

محقق اول / سال	متغیر مورد بررسی	نتیجه
لطفعلی پور ، 1391	سرمایه انسانی - سرمایه سلامت) مخارج سلامت)	تاثیر سرمایه انسانی بر رشد درآمد
مرادی ، 1391	نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم	بین متغیرهای آموزش ، درآمد و سیاست ، متغیر آموزش بیشترین و قوی ترین ارتباط را در سلامت زنان با شاخص امید به زندگی سالم دارد
(احمدی، 1391	نابرابری جنسیتی با شکاف جنسیتی امید به زندگی سالم	بین متغیرهای آموزش ، درآمد و سیاست ، متغیر آموزش بیشترین و قوی ترین ارتباط را در سلامت زنان با شاخص امید به زندگی سالم دارد
شاه آبادی ، 1391	تاثیر پذیری سهم هزینه های سلامت از سایر عوامل سیاسی -اقتصادی	متغیر انتخابات در کشورهای درحال توسعه مانند کشورهای توسعه یافته دارای تاثیر مثبت و معنی داری بر رشد سرانه هزینه های بهداشت عمومی دارد
آصف زاده ، 1392	مرگ ومیر مادران با شاخص توسعه انسانی	بهبود توسعه انسانی باعث کاهش مرگ ومیر مادران باردار می شود
مهرآرا ، 1392	لوکس بودن یا نبودن	کاهش درامدی برای اکثر کشورهای مطالعه (29 کشور) کمتر از یک است
فتاحی 1393	کارایی هزینه های سلامت	میانگین کارایی هزینه های عمومی همواره بیشتر از میانگین کارایی هزینه های خصوصی است اختلاف بین میانگین کارایی هزینه های عمومی و خصوصی سلامت در طی دوره بهبود یافته است

۲-۳-۲ مطالعات انجام شده در جهان

از زمانی که (Newhouse,1977) در مطالعه خود بیان کرد که سهم هزینه های سلامت با افزایش درآمد بیشتر می شود و نشان داد که سلامت یک کالا با کشش درآمدی بزرگتر از یک می باشد و در واقع سلامتی یک کالای لوکس است مطالعات گسترده ای در تبیین این رابطه انجام شده است، مطالعات بعد نیز همچون (Blomqvist,1997),(Hansen,1996),(Viscusi,1994),(Hitiris,1992),(Gerdtham,2000) این موضوع را در کشورهای عضو OECD و کشورهای توسعه یافته مورد تایید قرار دادند.

جاذبیت زیادی در بررسی علی بین هزینه های سلامت و تولید ناخالص داخلی وجود دارد بارها آزمون شده است که هزینه های سلامت وابسته به تولید ناخالص داخلی است اما دلیل عمده ای که این رابطه را دوطرفه می کند آن است که سلامت جامعه به عنوان یک درون داده در تولیدات اقتصاد کلان محسوب می شود (Amiri,2012). افزایش هزینه های سلامت در یک کشور باعث افزایش امنیت اجتماعی، آرامش و رفاهی می شود که کارایی افراد را بهبود می بخشد و بطور کلی مردم سالم تر، سخت تر و برای مدت طولانی تر کار کرده و روشن تر تفکر می کنند (Bloom, 2005). مطالعات نظری و متعددی به وجود رابطه دوطرفه بین دو متغیر مخارج سلامت و تولید ناخالص داخلی (درآمد) اشاره دارند (Barro, 1996),(Hitiris, 1992),(Rivera, 1999) و (Devlin, 2001). فوگل در مطالعات خود که کسب جایزه نوبل را نیز برای او به همراه داشت بیان می دارد که یک سوم رشد اقتصادی در انگلستان در 200 سال اخیر ناشی از بهبود تغذیه و سلامت بوده است به طوری که در دهه های اخیر کاهش مرگ و میر به افزایش امید به زندگی منجر شده است (Fogel,1994).

هاپکینز و مکدونالد نشان دادند که در کشور استرالیا با وجود این که تولید ناخالص داخلی تاثیر مثبت و معنی داری بر مخارج بهداشتی دارد ولی مخارج بهداشتی بر تولید اثر معنی داری ندارد (Hopkins,2000). در مطالعه ای که در کشور پاکستان طی سال های 2005 – 1972

انجام شد علیت از تولید ناخالص داخلی به مخارج بهداشتی بوده و مخارج بهداشتی بر تولید اثری نداشته است (Bukhari , 2007). ونگ در مطالعه خود تحت مخارج بهداشتی و رشد اقتصادی به بررسی رابطه این دو متغیر در 31 کشور طی سال های 1986 تا 2007 پرداخته و به این نتیجه رسیده است که افزایش درآمد باعث افزایش مخارج بهداشتی در این کشورها شده است (Wang , 2011).

در مطالعه انجام شده با داده های 179 کشور جهان در سال 2010 ، میزان مرگ ومیر مادران باردار با شاخص های متعددی بررسی شده است که در این مطالعه بین میزان مرگ مادران باردار وسهم هزینه های سلامت، نسبت به سایر شاخص ها، رابطه ضعیف وجود داشته و در بررسی ابعاد هزینه های سلامت، هزینه های سلامت عمومی رابطه منفی و هزینه های خصوصی همبستگی مثبت نشان داده است (Sajedinejad, 2015). درمطالعه انجام شده در کشورهای آفریقایی ، بیان شده است که کشورهایی که سهم بیش تری برای سلامت هزینه کرده اند، بیش تر هم با کاهش میزان مرگ مادران باردار درمقایسه با کشورهایی که هزینه کمتر تخصیص داده اند همراه بوده اند. گرچه این درهمه کشورها یک قاعده نیست اما افزایش هزینه هایی که به خوبی توزیع شده باشند و در تخصیص آنها مداومت وجود داشته باشد و شدت آن در هزینه های عمومی وخصوصی باشد، پیامدهای مثبت بیش تری برای سلامت زنان خواهند داشت. تفاوت در کشور ها می تواند ناشی از تخصیص نادرست منابع درحیطه های نیازمند، مدیریت ضعیف و سو استفاده از قدرت در دلایل شخصی بیش از نیازهای کشور باشد (Chirow, 2013). جابا در مطالعه ی خود رابطه ی قوی بین سرانه هزینه سلامت بعنوان یک دورن داد و امید به زندگی بدو تولد به عنوان یک برون داد سیستم سلامت در بین 175 کشور جهان با تقسیم بندی براساس موقعیت جغرافیایی و درآمدی آنها در طی سال های 1995-2010 بدست آورده است و اشاره می نمایدکه تفاوت سرانه هزینه های سلامت در کشورهای توسعه یافته و درحال توسعه و کمتر توسعه یافته بسیار جدی است و در طول زمان نیز در حال افزایش است (Jaba, 2014). در مطالعه ای که توسط سالامون در 187 کشور در فاصله زمانی 1990-2010 در تحلیل بار بیماری انجام شد، نشان داده شده که در طول 20 سال امید به زندگی سالم بسیار جزیی تر نسبت به

امید زندگی بدو تولد افزایش یافته است. در 2010 تفاوت امید به زندگی و امید به زندگی سالم مردان 8.5 سال و برای زنان 10 بوده است و ومیزان رشد امید به زندگی سالم برای مردان 4.2 سال و برای زنان 4.5 سال بوده است (Salomon, 2012).

مشارکت نوع آوری اروپا در سالمندی فعال و سالم در صدد افزایش 2 سال امید به زندگی سالم در بدو تولد در 27 کشور اروپایی برای سال 2020 می باشد. مطالعه جاگر و همکاران رسیدن به این هدف را بررسی نموده است. بر اساس روند موجود در هر سال برای مردان 1.4 سال و برای زنان 0.9 سال افزایش اتفاق می افتد که برای رسیدن به هدف تعیین شده ، باید رشد امید به زندگی سالم سالیانه برای مردان 4.4 سال و برای زنان 4.8 سال در دهه منتهی به 2020 بدست آید (Gagger, 2013).

مطالعه انجام شده در 47 کشور آفریقایی طی دوره زمانی 2004-1999 ، رابطه بین مخارج سلامت و وضعیت سلامت این کشورها را بررسی نمودو بر اساس نتایج بدست آمده از این مطالعه ، مخارج سلامت کل و مخارج سلامت عمومی تاثیر معنی داری بر مرگ ومیر نوزادان و مرگ ومیر کودکان زیر پنج سال داشته است (Anyanwu, 2009). یکی از بزرگ ترین چالش هایی که در قرن بیست و یکم که نظام های سلامت در سراسر جهان با آن مواجه می باشند، افزایش بار ناشی از بیمار یهای مزمن است توافق جهانی بر این است که بیماری های مزمن یکی از محرک های اصلی اتلاف هزینه های سلامت می باشد. مخارج پزشکی، پس اندازها و سرمایه گذاری ها را می بلعند علاوه بر هزینه های اقتصادی، هزینه های انسانی بیماری های مزمن غیر قابل انکار است (Nolte, 2008). سهم هزینه های سلامت در همه کشور ها تحت تاثیر عوامل سیاسی ، اقتصادی و اجتماعی دچار نوسان می شود حتی کشوری همچون ایالات متحده آمریکا که بالاترین تولید داخلی را حتی در طی دوران بحران اقتصادی داشته است، با کاهش رشد هزینه های سلامت طی 51 سال اخیر مواجه شده است

(Martin, 2012). و تثبیت مقدار سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی برای سال های متوالی (4 سال) موجبات کاهش استفاده از خدمات مراقبت سلامت فردی شده است (Martin, 2014). سلامت ملی آمریکا به عنوان یک پروژه ملی در صدد افزایش سالیانه بطور متوسط 5.7 درصد رشد در هزینه کرد سلامت است. که این به معنای 0.9 درصد رشد سریع تر از رشد سالیانه در تولید ناخالص داخلی مورد انتظار در این دوره است. در نتیجه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی از 17.9 درصد در 2010 به 19.6 درصد در 2021 خواهد رسید (Sean, 2012).

مطالعه ای که با همکاری مجموعه گسترده ای از سازمان های مرتبط سلامت انجام شده است نشان می دهد که چگونه سرمایه گذاری در سلامت زنان و کودکان می تواند بازده بالایی از سلامتی، اجتماعی و اقتصادی را تامین کند. در این مطالعه با یک چهارچوب مفهومی برای سرمایه گذاری در سلامت زنان و کودکان در 74 کشور جهان که دارای بالاترین بار بیماری بوده اند تا 9 برابر ارزش اقتصادی اجتماعی بازگشت منفعت را پیش بینی کرده اند. و بیش تر این بازگشت سرمایه، شامل رشد تولید داخلی کشورها از طریق بهبود تولید و پیشگیری از مرگ های غیر ضروری 147 میلیون بچه و 32 میلیون مرده زایی و 5 میلیون زن تا سال 2035 می باشد. که تنها با حداکثر 2 درصد افزایش در سرمایه گذاری بر سلامت زنان و کودکان بیش تر از چیزی که درحال حاضر هزینه می شود بدست خواهد آمد (Stenberg, 2014).

جدول 2-2: جدول مطالعات انجام شده در جهان

نتیجه	متغیر / موضوع	محقق اول / سال
علیت از تولید ناخالص داخلی به مخارج بهداشتی	هزینه های سلامت و تولید ناخالص داخلی	Bukhari , 2007
بیماری های مزمن یکی از محرک های اصلی اتلاف هزینه های سلامت	اتلاف هزینه های سلامت	Nolte ,2008
بین هزینه های عمومی و مرگ نوزادان و کودکان زیر 5 سال رابطه معنی داری وجود دارد	هزینه های سلامت و مرگ و میر نوزادان و کودکان زیر پنج سال	Anyanwu ,2009
افزایش درآمد باعث افزایش مخارج بهداشتی	رابطه تولید ناخالص و هزینه های سلامت	Wang , 2011
رابطه دوطرفه، سلامت جامعه به عنوان یک درون داده در تولیدات اقتصاد کلان است	هزینه های سلامت و تولید ناخالص داخلی	Amiri , 2012
امید به زندگی سالم بسیار جزیی تر نسبت به امید زندگی بدو تولد افزایش می یابد و میزان رشد امید به زندگی سالم برای مردان 4.2 سال و برای زنان 4.5 سال بوده است	رشد امید به زندگی سالم	Salomon , 2012
کاهش رشد هزینه های سلامت در بحران اقتصادی اخیر جهان حتی در آمریکا	تاثیر پذیری از عوامل سیاسی ، اقتصادی و اجتماعی	Martin, 2012
تقاضای رشد سریع تر هزینه های سلامت از رشد سالیانه در تولید ناخالص داخلی در آمریکا	چشم انداز به رشد مطلوب هزینه های سلامت	Sean, 2012
برای رسیدن به هدف تعیین شده سالیانه برای مردان 4.4 سال و برای زنان 4.8 سال در دهه منتهی به 2020 بایاد محقق شود	رشد امید به زندگی سالم به میزان 2 سال در اروپا	Gagger, 2013

نتیجه	متغیر / موضوع	محقق اول / سال
افزایش هزینه های سلامت باعث کاهش میزان مرگ مادران باردار می شود	سهم هزینه ها ی سلامت و مرگ مادران باردار	Chirow , 2013
رابطه ی قوی بین سرانه هزینه سلامت و امید به زندگی وجود دارد	سرانه هزینه سلامت و امید به زندگی	Jaba , 2014
موجبات کاهش استفاده از خدمات مراقبت سلامت فردی	پیامد رکود رشد هزینه های سلامت	Martin , 2014
پیشگیری از مرگ های غیر ضروری 147 میلیون بچه و 32 میلیون مرده زایی و 5 میلیون زن تا سال 2035 تنها با حداکثر 2 درصد افزایش در سرمایه گذاری بر سلامت زنان و کودکان بیش تر از زمان حال	سرمایه گذاری در سلامت زنان و کودکان	Stenberg, 2014
رابطه ضعیف، هزینه های سلامت عمومی رابطه منفی و هزینه های خصوصی همبستگی مثبت نشان داده است	سهم هزینه ها ی سلامت و مرگ مادران باردار	Sajedinejad , 2015

فصل سوم : روش پژوهش

=====

3-1 مقدمه

زمانی که رابطه بین مخارج بهداشتی و سلامت بررسی می شود محققین به فراخور نوع مطالعه و سلیقه ی خود ترکیب محدودی از شاخص های سلامت را در قالب متغیر وابسته انتخاب و بررسی می کنند. یکی از مسائل مهم تاثیر سایر متغیرها می باشد که همچون حلقه های یک زنجیر متاثر از یکدیگر خواهند بود. این بررسی از معدود مباحثی است که اساسا نمی توان تک بعدی به آن نگریست. آنچه که در واقعیت داده های جمع آوری شده برای متغیرهای مورد بررسی در این مطالعه دیده شد محدودیت هایی را بر مطالعه وارد نمود. علاوه بر آن که در برخی کشورها ی کمتر توسعه یافته ی کم درآمد گزارش وجود نداشت، در شاخص های مهمی همچون امید به زندگی سالم زنان ، توسعه انسانی زنان ، نسبت PM، داده ها در کل جهان سال های محدودی وجود داشت که عملا مسیر مطالعه را دشوار می نمود. از آن جا که باید از واقعیت موجود یک تحلیل درست بدست می آمد، با محدودیت در انتخاب روش ها ، بهترین امکان موجود برای برآزش داده ها ی این مطالعه انتخاب شد.

2-3 نوع پژوهش

این پژوهش از نوع تحلیلی - توصیفی می باشد

3-3 جامعه پژوهش : همراه با معیار های ورود و خروج

3-3-1 جامعه پژوهش

جامعه پژوهش کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت می باشد که با توجه به تقسیم بندی منطقه ای سازمان جهانی بهداشت شامل 22 کشور می باشد. این کشورها در تقسیم بندی درآمدی در 4 طیف درآمدی، 27.3 درصد شامل 6 کشور بحرین، کویت، عمان، قطر، عربستان سعودی، امارات در گروه بندی کشورهای با درآمد بالا و 27.3 درصد با 6 کشور ایران، عراق، جردن، لبنان، لیبی، تانیزیا در گروه بندی با درآمد متوسط بالا و 31.8 درصد این منطقه با 7 کشور جیبوتی، مصر، موراكو، پاکستان، سودان، سوریه و یمن با درآمد متوسط پایین و 13.6 درصد با 3 کشور افغانستان، سومالی و سودان جنوبی در گروه بندی کم درآمد ها قرار گرفته اند.

جدول 1-3 گروه بندی درآمدی کشورهای EMRO

گروه درآمدی	سطح درآمد	تعداد کشور	درصد از کل	اسامی کشورها
1	پر درآمد	6	27.3	بحرین، کویت، عمان، قطر، عربستان سعودی، امارات
2	متوسط بالا	6	27.3	ایران، عراق، جردن، لبنان، لیبی، تانیزیا
3	متوسط پایین	7	31.8	جیبوتی، مصر، موراكو، پاکستان، سودان، سوریه و یمن
4	کم درآمد	3	13.6	افغانستان، سومالی و سودان جنوبی

جهت سهولت مقایسه ها کشورها را از نظر درآمد طبقه بندی کرده و سپس تحت عناوین گروه های

درآمدی 1 تا 4 به ترتیب سطح درآمد از بالا تا پایین نامگذاری شد.

در طبقه بندی توسعه انسانی منطقه طبق گزارش UNDP به ترتیب رتبه بندی کشورهای قطر ، عربستان سعودی، امارات، بحرین و کویت جز کشورها با توسعه انسانی خیلی بالا (22.7 درصد)، کشورهای لیبی ، عمان، لبنان، ایران، جردن ، تانیزیا به ترتیب رتبه بندی در کشورها با توسعه انسانی بالا (27.3 درصد)، کشورهای مصر، سوریه ،عراق، موراكو به ترتیب رتبه بندی در کشورها با توسعه انسانی متوسط (18.1 درصد) و به ترتیب کشورهای پاکستان، یمن، سودان،جیبوتی، سودان جنوبی افغانستان ، سومالی در زمره کشورها با توسعه انسانی پایین (31.8 درصد) گروه بندی شده اند

جدول 2-3 گروه بندی توسعه ایی کشورهای EMRO

گروه توسعه یافتگی	میزان توسعه یافتگی	تعداد کشور	درصد از کل	اسامی کشورها
1	خیلی بالا	5	22.7	قطر ، عربستان سعودی، امارات، بحرین و کویت
2	بالا	6	27.3	لیبی ، عمان، لبنان، ایران، جردن ، تانیزیا
3	متوسط	4	18.1	مصر، سوریه ،عراق، موراكو
4	پایین	7	31.8	پاکستان، یمن، سودان،جیبوتی، سودان جنوبی،افغانستان،سومالی

جهت سهولت مقایسه ها کشورها را از نظر توسعه یافتگی طبقه بندی کرده و سپس تحت عناوین گروه های توسعه ای 1 تا 4 به ترتیب سطح توسعه از خیلی بالا تا پایین نامگذاری شد.

=====

3-3-2- معیار ورود

قرارگرفتن در محدوده طبقه بندی شده مدیترانه شرقی و شناخته شدن به عنوان یک کشور در سازمان جهانی بهداشت و موجود بودن داده های مورد نیاز در تحقیق در پایگاه های معتبر جهانی بوده است.

3-3-3 معیار خروج

شناخته نشدن به عنوان یک کشور در پایگاه های معتبر جهانی و به طبع آن موجود نبودن داده های مورد نیاز در تحقیق.

4-3 روش نمونه گیری و حجم نمونه

به دلیل نوع مطالعه و بررسی در سال های 2000-2013 در کشورهای مشخص ، تمام ماهیت داده های موجود بکار برده شد.

3-5 روش گرد آوری داده ها

با جستجو الکترونیکی در پایگاه های داده های معتبر جهان سازمان جهانی بهداشت (WHO) ، بانک جهانی (World Bank) ، صندوق حمایت از کودکان (UNISEF) ، برنامه توسعه ملی کشورها (UNDP) داده های مربوط به متغیر مستقل و وابسته طی سال های 1990الی 2013 متناسب با اهداف تعیین شده جمع آوری گردید.

3-6 ابزار گردآوری داده ها : این مطالعه ابزار خاصی ندارد.

3-7 روش تجزیه و تحلیل داده ها

نرمال بودن و یا غیر نرمال بودن داده ها از طریق ازمون کلموگروف – اسمیرنوف بدست آمد. برای تشخیص وجود رابطه بین متغیرهای مطالعه ، درموارد نرمال بودن داده ها، از همبستگی پیرسون ودر موارد غیر نرمال بودن داده ها از معادل ناپارامتری پیرسون یعنی اسپیرمن استفاده شد. به منظور ارایه ی برآوردی برای پیش بینی رگرسیون مورد بررسی قرارگرفت که با توجه به وجود یک متغیر مستقل و چند متغیر وابسته از رگرسیون چند متغیره (Multivariate) استفاده شد.

در میان کشورهای منطقه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت ، داده های متغیر مستقل برای کشور سومالی و سودان جنوبی وجود نداشت لذا در بررسی تحلیلی مطالعه کنار گذاشته شدند. در رگرسیون نیز برای یکسان بودن و موجود بودن همه ی داده ها برای همه متغیرها ، فقط سال های 2013-2010-2000 دخالت داده شد و رگرسیون بر روی این داده های این سال ها برای همه ی کشورها در شش متغیر مستقل آماده سازی شد.

3-8 مکان و زمان مطالعه

مکان:

کشورهای حوزه مدیترانه شرقی از تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت با 22 کشور شامل افغانستان، بحرین، جیبوتی، مصر، ایران، عراق، جردن، کویت، لبنان، لیبی، عمان، پاکستان، قطر، عربستان سعودی، سومالی، سودان جنوبی، سودان، سوریه، تانزیاء، امارات ویمن با تشابهاتی در ساختار نظام سلامت و فرهنگ و اجتماع فرصت مقایسه و تحلیل را فراهم می آورد.

تمامی کشورهای عضو این منطقه دارای اکثریت مسلمان بوده و سنن و فرهنگ های نسبتاً مشابهی دارند. گستره جغرافیای این منطقه از شرق تا پاکستان و افغانستان، و از غرب تا مراکش و تونس ادامه دارد.

زمان:

دامنه زمانی داده های جمع آوری شده در شاخص امید به زندگی سالم 3 سال منتهی به یک دهه (1990-2000-2012) و سال 2013، روند 14 ساله از سال 2000 الی 2013 در شاخص سرانه هزینه سلامت و سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و روند 14 ساله نرخ مرگ نوزادان و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال از سال 2000 الی 2013، روند نسبت مرگ مادران بارداریه علت عوامل بارداری به جمعیت زنان در سن باروری (PM) در گام های 5 ساله منتهی به 4 سال (1990-1995-2000-2005) و سال 2013 و نرخ مرگ دختران زیر 5 سال در گام های ده ساله منتهی به 3 سال (1990-2000-2010) و سال 2013 می باشند.

3-9 محدودیت های پژوهش

عمده ترین محدودیت پیش روی این مطالعه عبارت بودند از:

- 1- فقدان داده های اختصاصی مورد نیاز برای جمعیت زنان بود که عمدتاً مسیر اولیه مطالعه را با مشکل مواجه گردانید از جمله گزارش توسعه انسانی زنان فقط در سال 2013 دست یافتنی بود.
- 2- وجود کشورهایی (عمدتاً کشورهای کم تر توسعه یافته و کم درآمد) که داده های آنها در برخی از سال ها و متغیر ها موجود نبود.
- 3- فقدان مطالعات کاملاً مرتبط داخلی و یا خارجی به عنوان پیشینه مطالعه بسیار چشمگیر بود.
- 4- دیگر آنکه گزارشی از برنامه های انجام شده درمورد زنان درحیطه سلامت قابل بازیابی نبود

3-10 ملاحظات اخلاقی

- رعایت صداقت و امانت علمی درجمع آوری و تحلیل داده ها
- بی طرفی و پرهیز از گرایش خاص توسط پژوهشگر

3-11 تعریف واژه ها :

۳-۱۱-۱ تعریف نظری هزینه های سلامت

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO)، هزینه های سلامت عبارت است از مجموع هزینه های سلامت عمومی و خصوصی که جهت فراهم نمودن خدمات پیشگیری و درمانی، برنامه های خانواده، برنامه های تغذیه ای و فوریت های طراحی شده برای سلامت بکار می رود اما شامل سیستم های همچون شبکه آب و فاضلاب نمی شود.

دولت ها برای تامین این هزینه ها سهم متغیری را از تولید ناخالص داخلی اختصاص می دهند که به عنوان سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی شناخته می شود و با درصد بیان می گردد.

۳-۱۱-۲ تعریف عملیاتی هزینه های سلامت

مجموع مخارج عمومی یعنی بودجه های دولت (مرکزی یا محلی)، استقراض و کمک های بلا عوض خارجی و صندوق بیمه اجتماعی سلامت بعلاوه مجموع مخارج خصوصی یعنی مخارج مستقیم خانوار،

بیمه های خصوصی بخشش های موسسات خیریه و پرداختی های مستقیم شرکت های خصوصی می باشد. دولت ها برای مدیریت نظام سلامت، درصدی متغیر از کل مبلغ تولید داخلی کشور را بصورت کلی و خام به عنوان سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی، در هر سال تعیین می کنند.

۳-۱۱-۳ تعریف نظری سرانه هزینه های سلامت

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی سرانه هزینه سلامت عبارت است میزان وجهی که برای تامین و فراهم کردن خدمات پیشگیری و درمانی، برنامه های خانواده، برنامه های تغذیه ای و فوریت های طراحی شده برای سلامت هر فرد اختصاص داده می شود

۴-۱۱-۳ تعریف عملیاتی سرانه هزینه های سلامت

حاصل تقسیم هزینه های سلامت (عمومی و خصوصی) به جمعیت یک کشور سرانه هزینه های سلامت را می سازد که بر اساس دلار آمریکا و با برابری قدرت خرید پول یک کشور با دلار بیان می شود.

۵-۱۱-۳ تعریف نظری سلامت زنان

بر طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامتی عبارت است از یک حالت آسودگی کامل جسمی، روانی، اجتماعی و تنها به نبود بیماری یا ناتوانی اطلاق نمی شود. و حتی امروزه علاوه بر بعد جسمی، روانی و اجتماعی، جنبه معنوی نیز مد نظر می باشد. تعریف سازمان جهانی بهداشت از سلامتی، یک تعریف ایده آل است و در عمل نمی توان مرزی بین سلامت و بیماری در نظر گرفت و باید برای سطح سلامتی، طیف قائل شد و سلامتی را یک مسئله چند بعدی دانست. با پایه قرار دادن این تعریف، سلامت زنان در برگیرنده رفاه جسمی، روانی، اجتماعی، فرهنگی، عاطفی و معنوی آنهاست و تحت تأثیر عوامل فیزیولوژیکی، اجتماعی، اقتصادی و سیاسی قرار دارد.

(Cohen,2003)

۶-۱۱-۳ تعریف عملیاتی سلامت زنان:

سازمان جهانی بهداشت در تلاش برای عملیاتی تر نمودن تعریف سلامتی، نبودن شواهد آشکار بیماری و درست عمل کردن شخص به صورت عادی یعنی در حدود محدودیت های تغییر استاندارد معیارهای پذیرفته شده ی سلامت در مورد یک جنس، سن، جامعه و منطقه جغرافیایی را پیشنهاد داد.

=====

با استناد به پیچیدگی های موجود در تعریف سلامت و چند وجهی بودن سلامت زنان، شایسته به نظر می رسد تعریف عملیاتی سلامت را برآیند چند شاخص بدانیم که بیشترین قدرت نمایش وضعیت سلامت زنان و چگونگی پاسخ گویی نظام سلامت را داشته باشد. با این باور، با عنایت به ظرفیت این مطالعه، شاخص امید به زندگی سالم زنان و نسبت مرگ زنان باردار به کل مرگ زنان در سن باروری و نرخ مرگ دختران زیر 5 سال، توسعه انسانی زنان را به عنوان محور های سنجش سلامت زنان قبول نماییم.

۳-۱۱-۷ تعریف نظری امید به زندگی سالم زنان:

طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت عبارت است از متوسط سال هایی که یک شخص انتظار دارد تا در سلامت کامل زندگی کند با احتساب سال های که بدون سلامت کامل، ناشی از بیماری و یا جراحی زندگی کرده است.

۳-۱۱-۸ تعریف عملیاتی امید به زندگی سالم زنان:

سال های سلامتی از دست رفته برای محاسبه امید به زندگی سالم لازم است که با برآورد همه ی سال های از دست رفته ناشی از ناتوانی (YLD) برای هر نفر، تطبیق داده برای زندگی بدون وابستگی، در سن، جنس و کشور به دست می آید. مدل سولیوان یکی از پرکاربردترین متدهای برآورد امید به زندگی سالم است که سال های از دست رفته تطبیق شده برای هر سن در جمعیت فعلی برای یک سال تعیین شده تقسیم بر سال های فرضی زندگی شده بر طبق دوره زندگی جدول کوهرت در سن های متفاوت در سال های معادل سلامت کامل و سال های سلامت از دست رفته می باشد. امید به زندگی سالم هرپنج سال سنجیده می شود.

۹-۱۱-۳ تعریف نظری P M

نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری و تولد نوزاد به کل مرگ های اتفاق افتاده در میان زنان در سن باروری (15-49) را تشکیل می دهد.

۱۰-۱۱-۳ تعریف عملیاتی PM

تعداد زنان فوت شده از عوامل بارداری و تولد نوزاد در یک سال معین تقسیم بر کل زنان فوت شده در محدوده سن باروری (۱۵-۴۹) در همان سال ضرب در ۱۰۰

۱۱-۱۱-۳ تعریف نظری نرخ مرگ دختران زیر ۵ سال

احتمال مرگ کودک دختر زنده متولد شده در فاصله تولد تا سن ۵۹ ماه و ۲۹ روز که بر حسب ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می شود.

۱۲-۱۱-۳ تعریف عملیاتی نرخ مرگ دختران زیر ۵ سال

تعداد مرگ دختران زیر ۵ سال در یک سال معین تقسیم بر موالید زنده دختر در همان سال

۱۳-۱۱-۳ تعریف نظری توسعه انسانی زنان

طبق تعریف سازمان برنامه های توسعه بین المللی (UNDP) عبارت است از یک ایندکس ترکیبی برای اندازه گیری متوسط دستیابی به سه بعد اساسی توسعه انسانی یعنی امید به زندگی (طول عمر)، دانش و استاندارد مطلوب زندگی است.

۱۴-۱۱-۳ تعریف عملیاتی توسعه انسانی زنان:

$$HDI = \{ \text{شاخص پایه سلامت} + (\text{شاخص پایه آموزش}) + (\text{شاخص پایه درآمد سرانه ملی}) \}^{1/3}$$

۱۵-۱۱-۳ تعریف نظری نرخ مرگ نوزادان:

احتمال مرگ نوزاد از زمان تولد تا دقیقاً ۲۸ روزگی عمر، که بر حسب ۱۰۰۰ تولد زنده بیان می شود.

=====

۳-۱۱-۱۶ تعریف عملیاتی نرخ مرگ نوزادان:

تعداد مرگ نوزادان زیر 28 روز در یک سال معین تقسیم بر موالید زنده همان سال.

۳-۱۱-۱۷ تعریف نظری نرخ مرگ کودکان زیر یکسال:

احتمال مرگ از بدو تولد تا سن 11 ماه و 29 روز که به صورت میزان در هر 1000 تولد زنده بیان می شود.

۳-۱۱-۱۸ تعریف عملیاتی نرخ مرگ کودکان زیر یکسال

تعداد مرگ کودکان زیر یک سال در یک سال معین تقسیم بر کل موالید زنده در همان سال

فصل چهارم : یافته ها

4-1 مقدمه

تجزیه و تحلیل داده ها برای بررسی صحت فرضیات برای هر نوع پژوهش از اهمیت خاصی برخوردار است. و از اصلی ترین و مهمترین بخش های پژوهش محسوب می شود. داده های خام با استفاده از روش های آماری تجزیه و تحلیل می شوند و پس از پردازش به شکل نتایج بدست آمده در اختیار استفاده کنندگان قرار می گیرند. پردازش داده ها در دو سطح توصیفی، تحلیل و استنباط قرار می گیرد. در مرحله توصیفی داده های جامعه مورد مطالعه با توجه به متغیرهای مورد نظر توصیف شده و تصویری از وضع موجود به ما می دهند. و در مرحله تحلیل و استنباط امکان مقایسه فراهم می آید.

مطالعه حاضر به بررسی رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت می پردازد. داده های جمع آوری شده در این مطالعه در دو سطح آمار توصیفی و آمار استنباطی با استفاده از نرم افزار spss نسخه 23 بررسی شده است.

2-4 آمار توصیفی

در این مطالعه 22 کشور حوزه مدیترانه شرقی از تقسیم بندی سازمان جهانی بهداشت است. با جمعیت 612580000 نفر با 32.8 درصد جمعیت زیر 15 سال و 6.5 درصد جمعیت بالای 60 سال و 46 درصد جمعیت زنان مورد بررسی قرار گرفته است.

جدول 1-4 اطلاعات جمعیتی

کل جمعیت	زیر 15 سال	بالای 60 سال	جمعیت زنان
612580000	32.8 درصد	6.5 درصد	46 درصد

منبع WHO

در بررسی انجام شده بر داده های این مطالعه، شاخص های مرکزی در متغیرهای مطالعه یعنی سرانه کل هزینه سلامت (براساس دلار)، سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی، نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده، نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده، نرخ مرگ دختران زیر 5 سال در هر هزار تولد زنده، امید به زندگی سالم زنان و توسعه انسانی زنان در سال های 2000 - 2013 میلادی مطابق جداول ذیل تعیین شد.

جدول 2-4 شاخص مرکزی سرانه هزینه سلامت

سرانه کل هزینه های سلامت	میانگین	مینیم	ماکزیم	انحراف معیار
در کل دوره	826.9	16	4009	802.5
در 2013	847.6	52	2882	812.7

منبع: داده های مطالعه

داده ها در سرانه کل هزینه های سلامت در 2013، مربوط به 21 کشور بوده است. کمترین سرانه هزینه های سلامت در 2013 متعلق به کشورسودان جنوبی با 52 دلار و بیشترین سرانه هزینه های سلامت با 2882 دلار به کشور قطر تعلق دارد. میانگین سرانه کل هزینه های سلامت در کشورهای مدیترانه شرقی در 2013 با افزایش 20 دلاری به 847.6 دلار رسیده است.

جدول 3-4 شاخص مرکزی سهم هزینه ها از GDP

سهم هزینه های سلامت از GDP	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	انحراف معیار
در کل دوره	4.9	0.8	10.9	2.11
در 2013	4.9	2.2	8.9	2.05

منبع: داده های مطالعه

میانگین سهم هزینه های سلامت از تولید داخلی در کل دوره و در سال 2013 مشابه و برابر 4.9 درصد می باشد که در 2013 کمترین سهم مربوط به قطر و سودان جنوبی است و بیشترین سهم از تولید ناخالص داخلی مربوط به جیبوتی است .

جدول 4-4 شاخص مرکزی PM

نسبت PM	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	انحراف معیار
در کل دوره	10.7	0.8	186	20.2
در 2013	6.28	1.2	17.9	5.53

منبع: داده های مطالعه

در 2013 کمترین مقدار نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به کل مرگ زنان در سن باروری متعلق به قطر و لیبی با عدد 1.2 و بیشترین متعلق به افغانستان با مقدار 17.9 می باشد. میانگین منطقه در سال 2013 در مقایسه با میانگین دوره در منطقه ، 4.42 کاهش داشته است.

=====

جدول 4-5 شاخص مرکزی مرگ دختران زیر 5 سال

نرخ مرگ دختران زیر 5 سال	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	انحراف معیار
در کل دوره	40.7	6	174	37.9
در 2013	34.45	6	94	32.07

منبع: داده های مطالعه

در 2013 کمترین مرگ دختران زیر 5 سال مربوط به کشور های قطر و امارات و بیشترین مرگ دختران زیر پنج سال مربوط به افغانستان و سودان جنوبی می باشد.

جدول 4-6 شاخص مرکزی مرگ کودکان زیر یکسال

نرخ مرگ کودکان زیر یکسال	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	انحراف معیار
در کل دوره	29.9	5.9	95.4	24.08
در 2013	28	5.9	69.9	23.40

منبع: داده های مطالعه

در سال 2013 کمترین رخداد مرگ کودکان زیر یکسال در کشور بحرین با 5.9 نفر و بیشترین رخداد مرگ کودکان زیر یکسال در افغانستان با 69.9 نفر بوده است.

جدول 4-7 شاخص مرکزی مرگ نوزادان

نرخ مرگ نوزادان	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	انحراف معیار
در کل دوره	18.2	1.2	60.4	14.13
در 2013	17.47	1.2	47.4	14.53

منبع: داده های مطالعه

در سال 2013 بحرین با 1.2 نفر کمترین رخداد مرگ نوزادان را داشته است و در مقابل پاکستان با 47.7 نفر بالاترین مرگ نوزادان را داشته است.

جدول 4-8 شاخص مرکزی امید به زندگی سالم زنان

امید به زندگی سالم زنان	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	انحراف معیار
در کل دوره	61.06	42	71	6.751
در 2013	61.37	49	71	6.977

منبع: داده های مطالعه

در 2013 کمترین امید به زندگی سالم مربوط به کشور سودان جنوبی با 49 سال و بیشترین امید به زندگی سالم متعلق به لبنان با 71 سال بوده است.

جدول 4-9 شاخص مرکزی توسعه انسانی زنان

توسعه انسانی زنان	میانگین	مینیمم	ماکزیمم	انحراف معیار
در کل دوره	0.606	0.28	0.84	0.17
در 2013	0.501	0.33	0.84	0.21

منبع: داده های مطالعه

در سال 2013 کمترین توسعه انسانی زنان در افغانستان با 0.33 و بیشترین در قطر با 0.84 بوده است .

=====

جدول 10-4 مقایسه شاخص های مطالعه بر اساس توسعه یافتگی کشورهای EMRO در سال 2013

گروه های توسعه یافتگی*	متوسط سرانه هزینه های سلامت	متوسط سهم از GDP	متوسط نسبت PM	متوسط نرخ مرگ دختران زیر 5 سال	متوسط نرخ مرگ کودکان زیر یکسال	متوسط نرخ مرگ نوزادان	متوسط امید به زندگی سالم	متوسط توسعه انسانی زنان
1	2047.6	3.28	1.9	8.8	8.1	4.2	66	0.81
2	936.3	5.85	2.36	13.3	12.3	8.1	67	0.69
3	460.2	4.90	5.92	23.0	21.8	14.9	64	0.58
4	150.1	5.65	12.6	75.3	57.8	35.9	53	0.4

منبع: داده های مطالعه

*گروه های توسعه در فصل 3 معرفی شده است.

=====

جدول 11-4 مقایسه شاخص های مطالعه بر اساس سطح درآمد کشورهای EMRO در سال 2013

گروه های درآمدی*	متوسط سرانه هزینه های سلامت	متوسط سهم از GDP	متوسط نسبت PM	متوسط نرخ مرگ دختران زیر 5 سال	متوسط نرخ مرگ کودکان زیر یکسال	متوسط نرخ مرگ نوزادان	متوسط امید به زندگی سالم	متوسط توسعه انسانی زنان
1	1839	3.1	1.88	9	8.4	4.4	66.6	0.81
2	919.5	6.28	3.4	16.8	15.3	10.4	66.5	0.67
3	277.1	5.42	8.0	46.4	38.9	25.4	58.8	0.52
4	53.5	5.15	17.35	94	66.95	38.9	49.5	0.33

منبع: داده های مطالعه

*گروه های درآمدی در فصل 3 معرفی شده است.

=====

جدول 12-4 ترتیب نزولی سهم هزینه های سلامت از GDP در دوره

ردیف	کشور	میانگین سهم هزینه های سلامت از GDP در دوره	سهم هزینه های سلامت از GDP در 2013	تغییر در سهم
1	جordan	8.879	7.2	کاهش
2	افغانستان	8.507	8.1	کاهش
3	لبنان	8.186	7.2	کاهش
4	جیبوتی	7.364	8.9	افزایش
5	تانزانیا	5.957	7.1	افزایش
6	ایران	5.729	6.7	افزایش
7	موراکو	5.379	6	افزایش
8	سودان	5.314	6.5	افزایش
9	مصر	5.207	5.1	کاهش
10	یمن	4.879	5.4	افزایش
11	سوریه	4.007	3.3	کاهش
12	بحرین	3.979	4.9	افزایش
13	عربستان	3.886	3.2	کاهش
14	عراق	3.536	5.2	افزایش
15	لیبی	3.514	4.3	افزایش
16	پاکستان	3.057	2.8	کاهش
17	کویت	2.786	2.9	افزایش
18	عمان	2.757	2.6	کاهش
19	امارات	2.757	3.۲	افزایش
20	قطر	2.571	2.2	کاهش
21	سودان جنوبی	حذف	2.2	نامشخص
22	سومالی	حذف	حذف	حذف

جدول 13-4 مقایسه ترتیب نزولی سهم هزینه های سلامت از GDP در 2013 با پیامدهای سلامتی مطالعه

ردیف	کشور	سهم هزینه های سلامت از GDP در 2013	نسبت PM	مرگ دختران زیر 5 سال	امید به زندگی سالم زنان	مرگ نوزادن	مرگ کودکان	توسعه انسانی زنان
1	جیبوتی	8.9	5.6	63	54	36.2	57.4	0.4
2	افغانستان	8.1	17.9	94	50	36.8	69.9	0.33
3	اردن	7.2	4.8	18	66	11.3	16.3	0.66
4	لبنان	7.2	1.5	9	71	5.2	7.6	0.72
5	تانزانیا	7.1	3.4	14	68	8.8	13.1	0.75
6	ایران	6.7	1.5	16	65	10.2	14.5	0.67
7	سودان	6.5	14.6	72	54	30.9	49.9	0.4
8	موراکو	6	6.2	27	62	18.9	25.5	0.55
9	یمن	5.4	11.6	47	55	23.6	36.7	0.42
10	عراق	5.2	8.1	31	64	19.5	27.9	0.56
11	مصر	5.1	3.5	21	63	13.8	21.8	0.62
12	بحرین	4.9	2.7	6	66	1.2	5.9	0.8
13	لیبی	4.3	1.2	13	65	7.8	12.4	0.75
14	سوریه	3.3	5.9	13	67	7.6	12.1	0.60
15	عربستان	3.2	1.9	15	66	8.5	13.3	0.81
16	امارات	3.2	1.3	7	67	3.8	6.4	0.8
17	کویت	2.9	2.4	9	67	3.6	8.1	0.8
18	پاکستان	2.8	9.1	82	57	47.4	69.1	0.45
19	عمان	2.6	1.8	10	67	5.3	10	0.81
20	قطر	2.2	1.2	7	67	4.1	7.2	0.84
21	سودان جنوبی	2.2	16.8	94	49	41	64	0.32
22	سومالی	حذف	-	-	-	-	-	-

جدول 14-4 ترتیب نزولی سرانه کل هزینه های سلامت در دوره

ردیف	کشور	میانگین سرانه کل هزینه های سلامت در دوره	سرانه کل هزینه های سلامت در 2013	تغییر
1	قطر	2857.36	2882	افزایش
2	کویت	2241.86	2375	افزایش
3	امارات	2077.71	2233	افزایش
4	عربستان	1413.57	1681	افزایش
5	بحرین	1396.21	1067	کاهش
6	لبنان	1016.14	1092	افزایش
7	ایران	806.21	1414	افزایش
8	لیبی	788.79	764	کاهش
9	جordan	781.43	761	کاهش
10	عمان	739.64	796	افزایش
11	تانزانیا	509.07	791	افزایش
12	مصر	442.07	539	افزایش
13	موراکو	290.14	438	افزایش
14	عراق	236.07	695	افزایش
15	یمن	192.71	200	افزایش
16	سودان	188.50	221	افزایش
17	سوریه	172.71	169	کاهش
18	جیبوتی	166.79	247	افزایش
19	افغانستان	112.14	55	کاهش
20	پاکستان	109.93	126	افزایش
21	سودان جنوبی	حذف	52	نامشخص
22	سومالی	حذف	حذف	حذف

جدول 15-4 مقایسه ترتیب نزولی سرانه کل هزینه های سلامت در 2013 با پیامدهای سلامتی مطالعه

رتبه	کشور	سرانه کل هزینه های سلامت در 2013	نسبت PM	مرگ دختران زیر 5 سال	امید به زندگی سالم زنان	مرگ نوزادن	مرگ کودکان	توسعه انسانی زنان
1	قطر	2882	1.2	7	67	4.1	7.2	0.84
2	کویت	2375	2.4	9	67	3.6	8.1	0.8
3	امارات	2233	1.3	7	67	3.8	6.4	0.8
4	عربستان	1681	1.9	15	66	8.5	13.3	0.81
5	ایران	1414	1.5	16	65	10.2	14.5	0.67
6	لبنان	1092	1.5	9	71	5.2	7.6	0.72
7	بحرین	1067	2.7	6	66	1.2	5.9	0.8
8	عمان	796	1.8	10	67	5.3	10	0.81
9	تانزانيا	791	3.4	14	68	8.8	13.1	0.75
10	لیبی	764	1.2	13	65	7.8	12.4	0.75
11	جردن	761	4.8	18	66	11.3	16.3	0.66
12	عراق	695	8.1	31	64	19.5	27.9	0.56
13	مصر	539	3.5	21	63	13.8	21.8	0.62
14	موراکو	438	6.2	27	62	18.9	25.5	0.55
15	جیبوتی	247	5.6	63	54	36.2	57.4	0.4
16	سودان	221	14.6	72	54	30.9	49.9	0.4
17	یمن	200	11.6	47	55	23.6	36.7	0.42
18	سوریه	169	5.9	13	67	7.6	12.1	0.60
19	پاکستان	126	9.1	82	57	47.4	69.1	0.45
20	افغانستان	55	17.9	94	50	36.8	69.9	0.33
21	سودان جنوبی	52	16.8	94	49	41	64	0.32
22	سومالی	حذف	-	-	-	-	-	-

=====

3-4 آمار استنباطی

۱-۳-۴ نرمال بودن داده ها

برای استفاده از تکنیک های تحلیلی آماری ابتدا باید مشخص شود که داده های جمع آوری شده از توزیع نرمال یا غیر نرمال برخوردار است ، زیرا در صورت نرمال بودن توزیع داده های جمع آوری شده، برای آزمون فرضیه ها می توان از آزمون های پارامتریک و در صورت غیر نرمال بودن از آزمون های ناپارامتریک استفاده نمود. بدین منظور برای بررسی نمودن نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است و بر اساس نتایج حاصله، آزمون های مناسب برای بررسی صحت فرضیات انتخاب شده است.

آزمون کولموگروف-اسمیرنوف را بر روی داده با آزمون فرض مقابل انجام و نتایج در جدول شماره 4-15 آورده شده است.

داده های متغیر i دارای توزیع نرمال است : H_0

داده های متغیر i دارای توزیع نرمال نیست : H_1

جدول 4-16 نتایج آزمون نرمال بودن یا غیر نرمال بودن داده های مطالعه

عامل	Sig.	مقدار خطا	تایید فرضیه	نتیجه گیری	وضعیت
سرانه کل هزینه سلامت	0.00	0.05	H_1	نرمال نیست	ناپارامتری
سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی	0.00	0.05	H_1	نرمال نیست	ناپارامتری
نرخ مرگ کودکان زیریکسال در هر هزار تولد زنده	0.00	0.05	H_1	نرمال نیست	ناپارامتری
نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری	0.00	0.05	H_1	نرمال نیست	ناپارامتری
نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده	0.00	0.05	H_1	نرمال نیست	ناپارامتری
نرخ مرگ دختران زیر 5 سال در هر هزار تولد زنده	0.00	0.05	H_1	نرمال نیست	ناپارامتری
امید به زندگی سالم	0.00	0.05	H_1	نرمال نیست	ناپارامتری
توسعه انسانی	0.200	0.05	H_0	نرمال است	پارامتری

قابل ذکر است زمانی که Sig. کوچکتر از 0.05 باشد فرض صفر رد می شود. به عبارت دیگر متغیر نرمال نیست و ما از آزمون ناپارامتری استفاده می کنیم.

=====

۲-۳-۴ نمودار پراکنش و تحلیل همبستگی

در بررسی رابطه بین دو متغیر، یکی از ابزار های کمک کننده در تحلیل رسم داده ها به صورت نقاطی بر روی یک صفحه نمودار است. شکل حاصل که نمودار پراکنش نامیده می شود، چگونگی خوشه ایی شدن نقاط در اطراف یک خط مستقیم یا یک نوع منحنی مشخص را نشان می دهد و نیز برداشتی عینی از میزان پراکندگی داده ها پیرامون خط یا منحنی را فراهم می کند.

هنگامی که داده های متغیرها نرمال باشند از آزمون همبستگی پیرسون و زمانی که نرمال نباشند از معادل ناپارامتری پیرسون یعنی اسپیرمن استفاده می شود. لازم به ذکر است معیار وجود رابطه یا عدم رابطه مقدار R نیست. به عبارت دیگر در خروجی $spss$ و بر اساس مقدار سطح معنی داری ($Sig.$) در مورد وجود رابطه ی معنی دار و یا عدم رابطه ی معنی دار تصمیم گرفته خواهد شد و در صورتی که رابطه معنی دار باشد به R و علامت آن مراجعه می شود.

در ادامه نمودار پراکنش هر یک از متغیر ها با آزمون فرض تحلیل همبستگی آورده شده است.

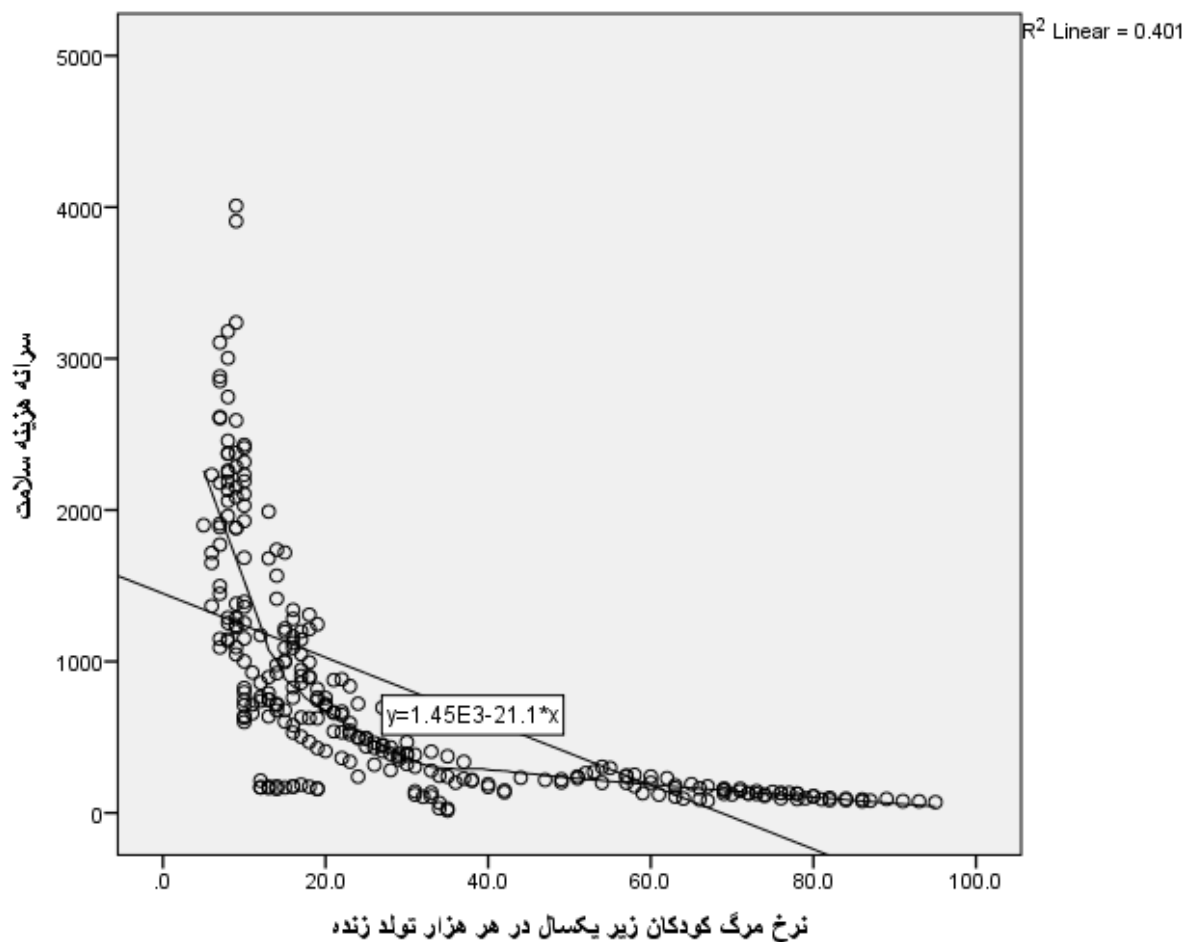
1-2-3-4 همبستگی سرانه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر

هزار تولد زنده

فرضیه آزمون آن به صورت مقابل است.

H_0 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده وجود ندارد.

H_1 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده وجود دارد.



نمودار 1-4 رابطه سراجه هزینه سلامت و مرگ کودکان زیر یکسال

$$R_s = -0.874$$

$$\text{Sig.} < .01$$

با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر -0.879- است بنابراین بین سراجه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده رابطه معکوس معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

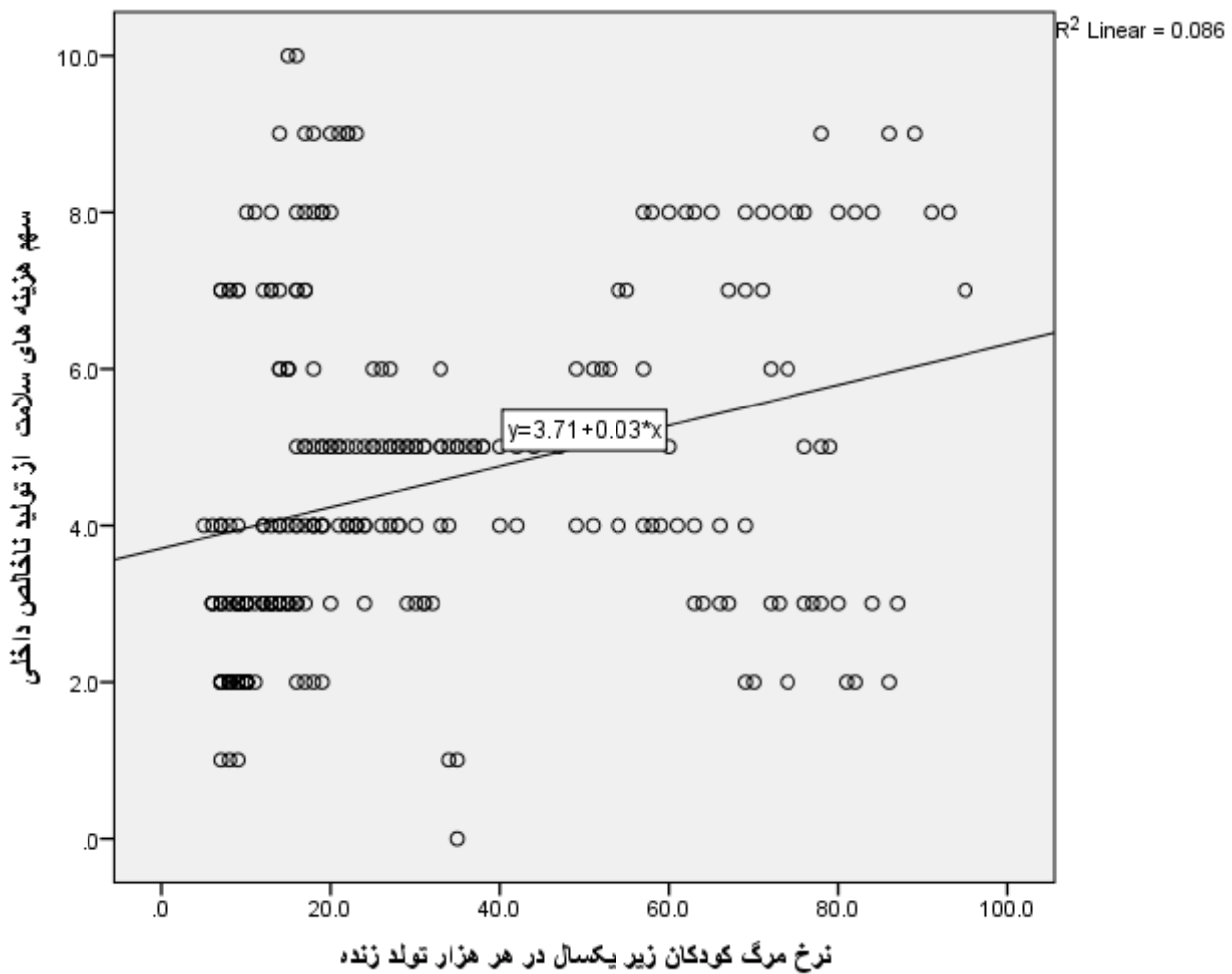
2-2-3-4 همبستگی سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ

کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

H_0 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده وجود ندارد

H_1 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده وجود دارد



نمودار 2-4 سهم هزینه های سلامت و مرگ کودکان زیر یکسال

$$R_s = 0.413$$

$$\text{Sig.} < .01$$

با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر 0.413 است بنابراین بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

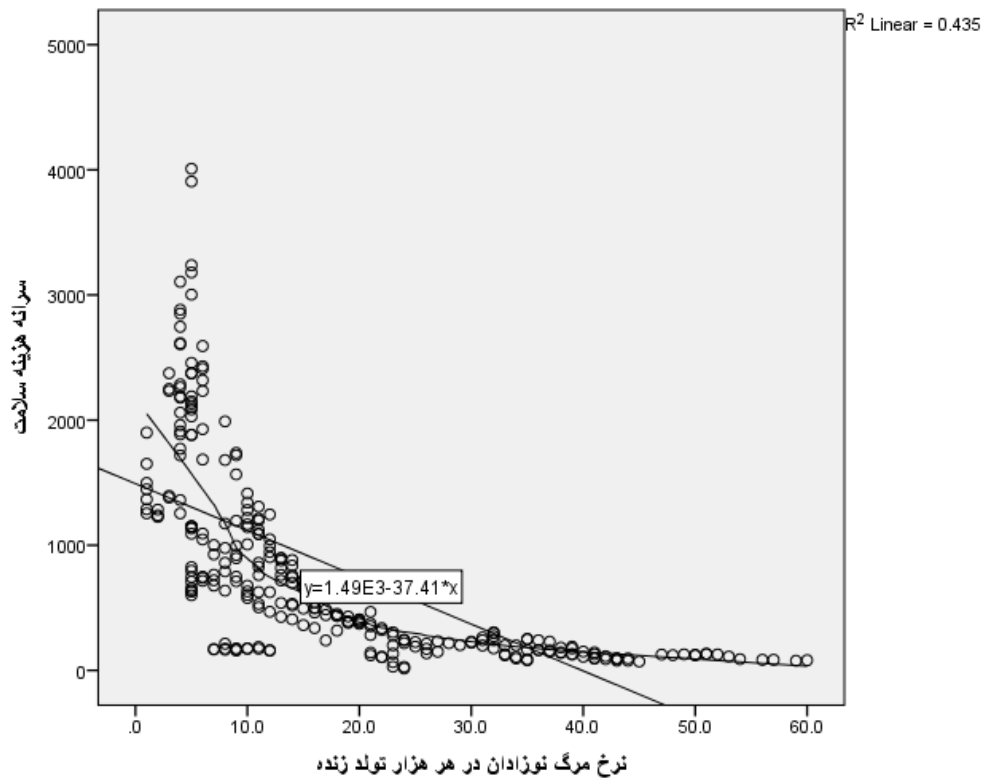
3-2-3-4 همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد

زنده

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

H_0 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده وجود ندارد

H_1 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده وجود دارد



نمودار 3-4 سرانه هزینه های سلامت و مرگ نوزاد

$$R_s = -0.862$$

$$\text{Sig.} < .01$$

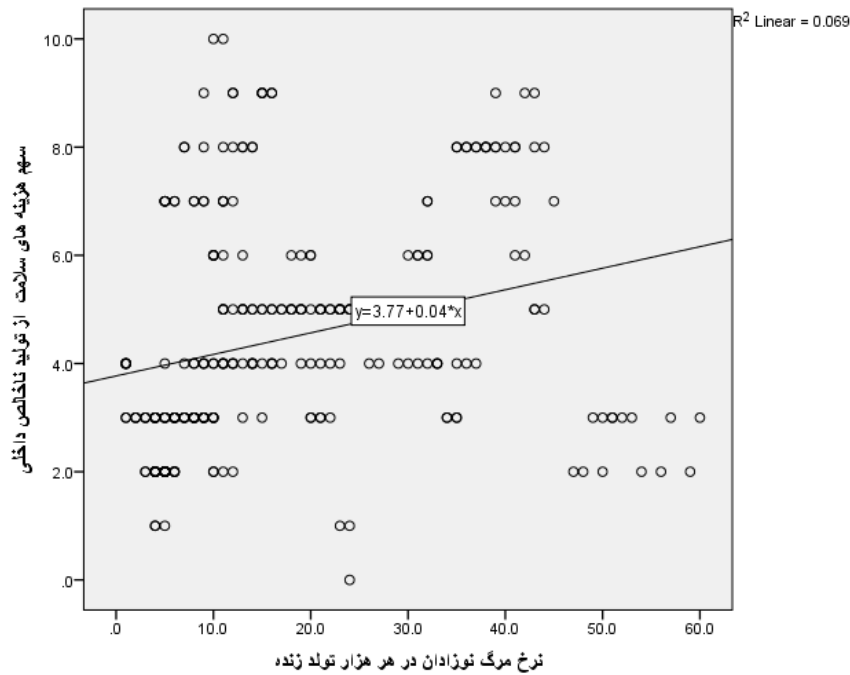
با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر -0.862- است بنابراین بین سرانه کل هزینه سلامت و نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده رابطه معکوس معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

4-2-3-4 همبستگی بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ

نوزادان در هر هزار تولد زنده

H_0 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده وجود ندارد

H_1 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده وجود دارد



نمودار 4-4 سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با مرگ نوزادان

$$R_s = 0.429$$

$$\text{Sig.} < .01$$

با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر 0.429 است بنابراین بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

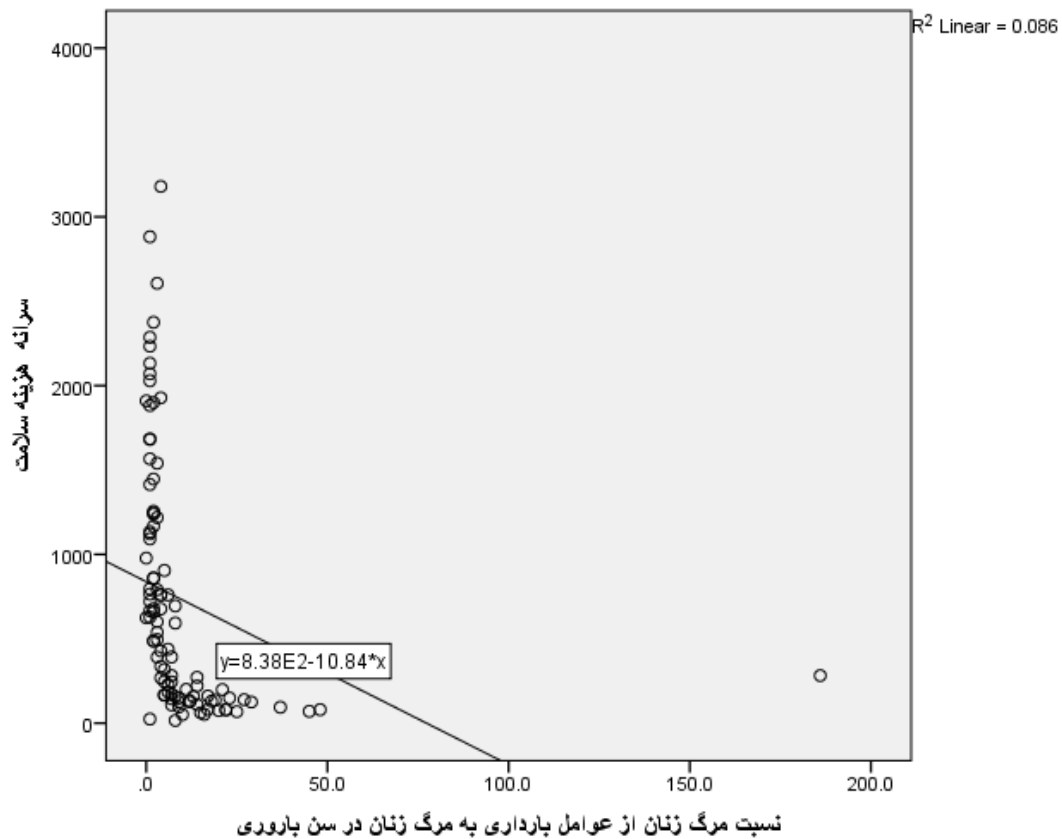
5-2-3-4 همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری

به مرگ زنان در سن بارداری

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری وجود ندارد: H_0

همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری وجود دارد: H_1



نمودار 4-5 سرانه هزینه های سلامت با مرگ زنان باردار از عوامل بارداری به کل مرگ زنان بارور

$$R_s = -0.799$$

$$\text{Sig.} < .01$$

با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر -0.799- است بنابراین بین سرانه کل هزینه سلامت و نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری رابطه معکوس معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

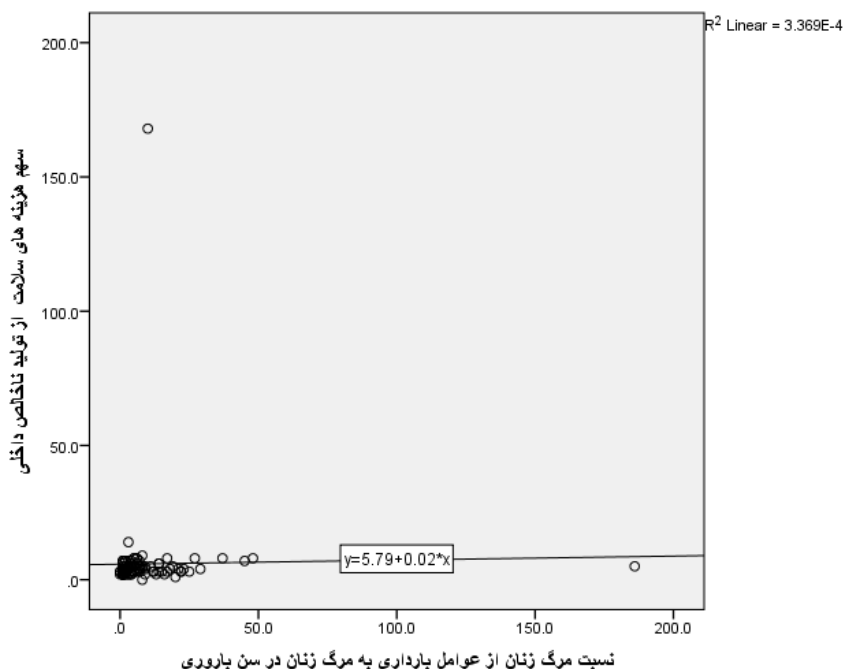
4-3-2-6 همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نسبت مرگ زنان

از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

H_0 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری وجود ندارد

H_1 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری وجود دارد



نمودار 4-6 سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با مرگ زنان باردار از عوامل بارداری به کل مرگ زنان بارور

$$R_s = -0.173$$

$$\text{Sig.} > .01$$

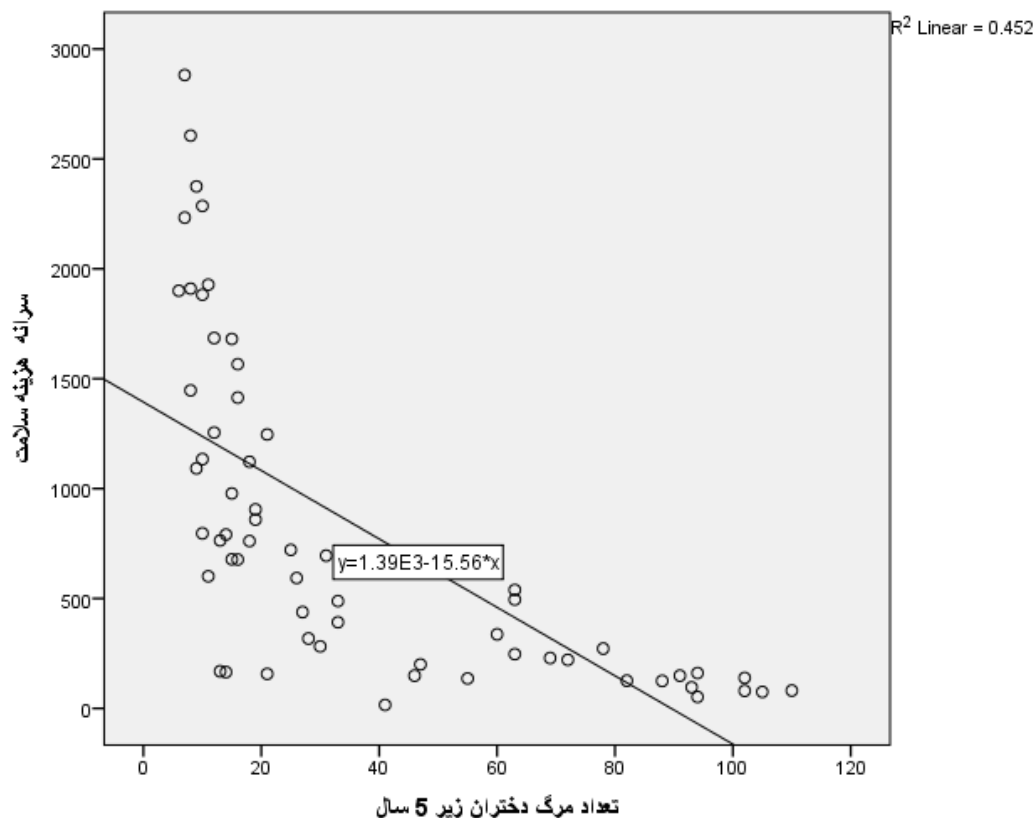
با توجه به اینکه Sig. بزرگتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر 0.173- است بنابراین بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن بارداری معنی دار وجود ندارد یعنی فرض H_0 پذیرفته می شود.

4-3-2-7 همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و تعداد مرگ دختران زیر 5 سال

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

H_0 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و تعداد مرگ دختران زیر 5 سال وجود ندارد

H_1 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و تعداد مرگ دختران زیر 5 سال وجود دارد



نمودار 4-7 نمودار سرانه کل هزینه های سلامت با مرگ دختران زیر پنج سال

$$R_s = -0.859$$

$$\text{Sig.} < .01$$

با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر -0.859- است، بنابراین بین سرانه کل هزینه سلامت و تعداد مرگ دختران زیر 5 سال رابطه معکوس معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

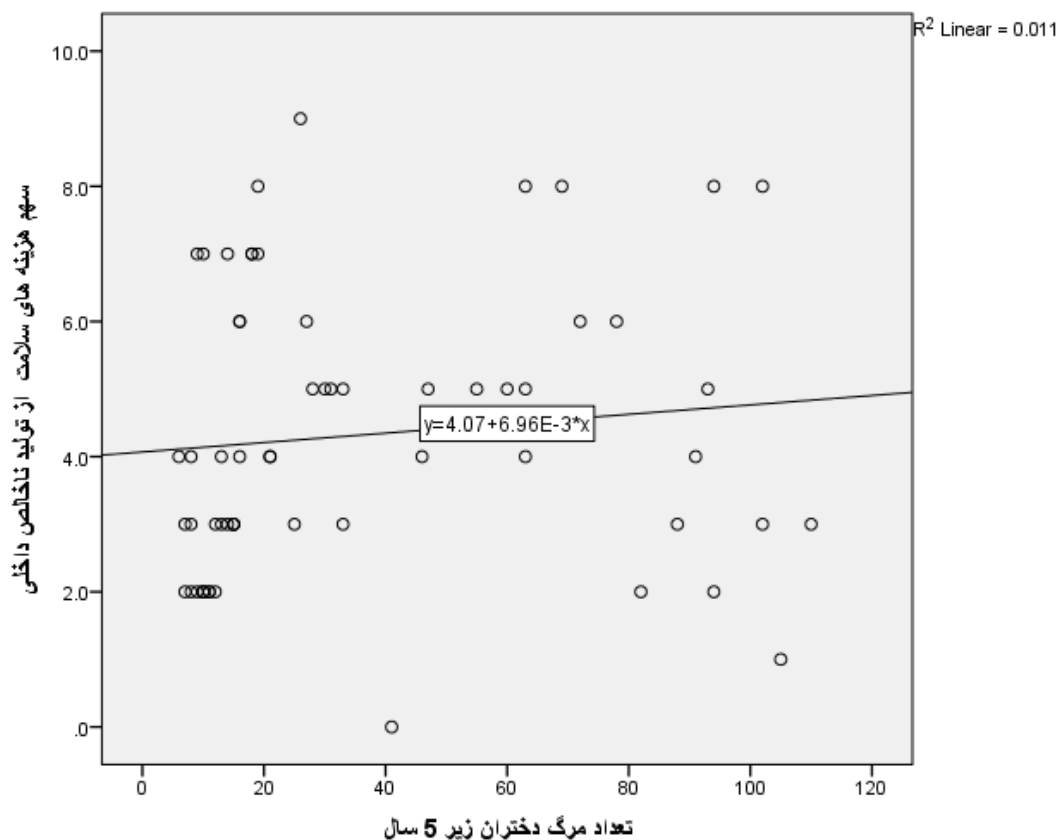
8-2-3-4 همبستگی بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و تعداد مرگ

دختران زیر 5 سال

فرضیه آزمون به صورت مقابل است

H_0 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و تعداد مرگ دختران زیر 5 سال وجود ندارد:

H_1 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و تعداد مرگ دختران زیر 5 سال وجود دارد:



نمودار 8-4 سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با مرگ دختران زیر پنج سال

$$R_s = 0.245$$

$$\text{Sig.} > .01$$

=====

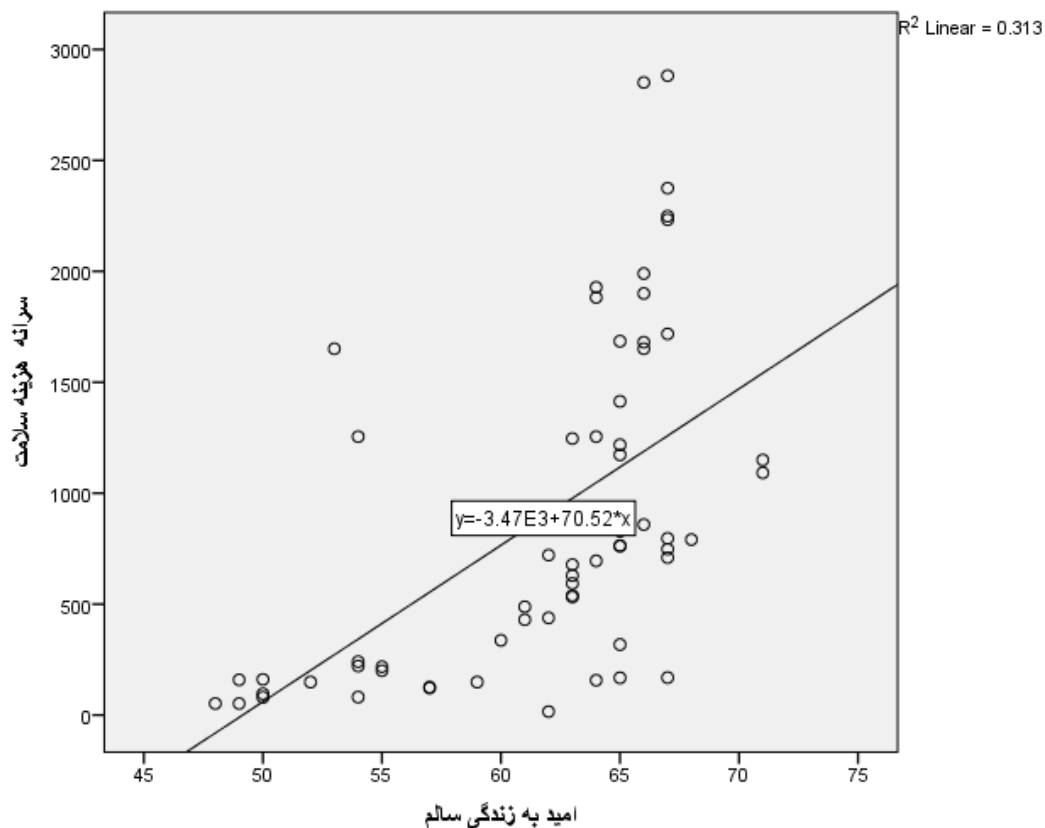
با توجه به اینکه Sig. بزرگتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر 0.245 است، بنابراین بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و تعداد مرگ دختران زیر 5 سال معنی دار وجود ندارد یعنی فرض H_0 پذیرفته می شود.

9-2-3-4 همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و امید به زندگی سالم زنان

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و امید به زندگی سالم زنان وجود ندارد : H_0

همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و امید به زندگی سالم زنان وجود دارد : H_1



نمودار 4-9 نمودار سرانه هزینه های سلامت به امید به زندگی سالم زنان

$$R_s = 0.688$$

$$\text{Sig.} < .01$$

با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر 0.688 است، بنابراین بین سرانه کل هزینه سلامت و امید به زندگی سالم زنان رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

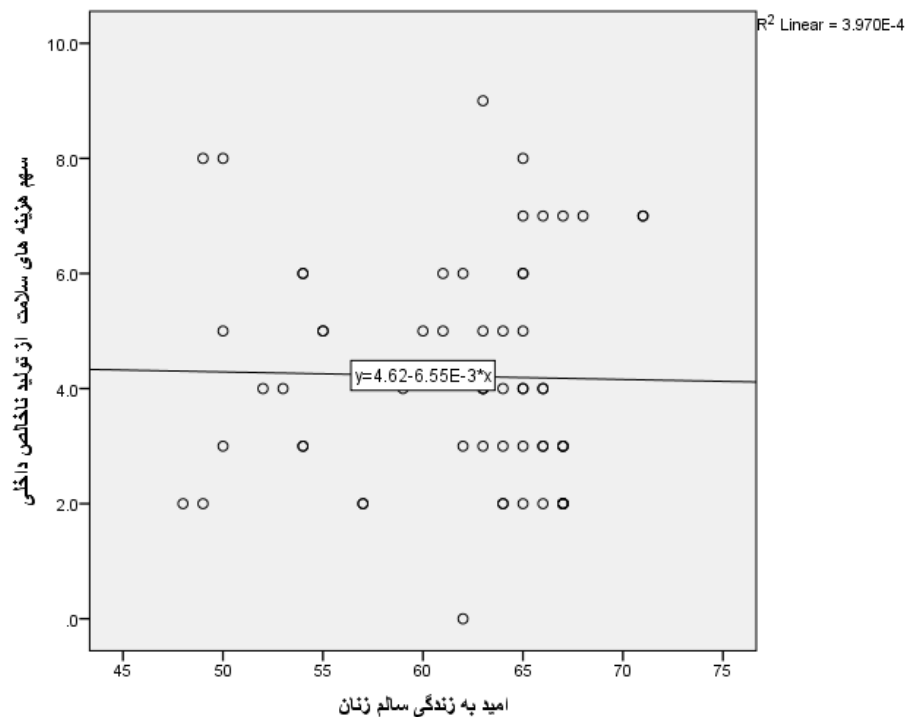
10-2-3-4 همبستگی بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و امید

به زندگی سالم زنان

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و امید به زندگی سالم زنان وجود ندارد : H_0

همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی امید به زندگی سالم زنان جود دارد : H_1



نمودار 10-4 سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با امید به زندگی سالم زنان

$$R_s = -.067$$

$$\text{Sig.} > .01$$

با توجه به اینکه Sig. بزرگتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر -0.067- است، بنابراین بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و امید به زندگی سالم زنان رابطه معنی دار وجود ندارد یعنی فرض H_0 پذیرفته می شود.

=====

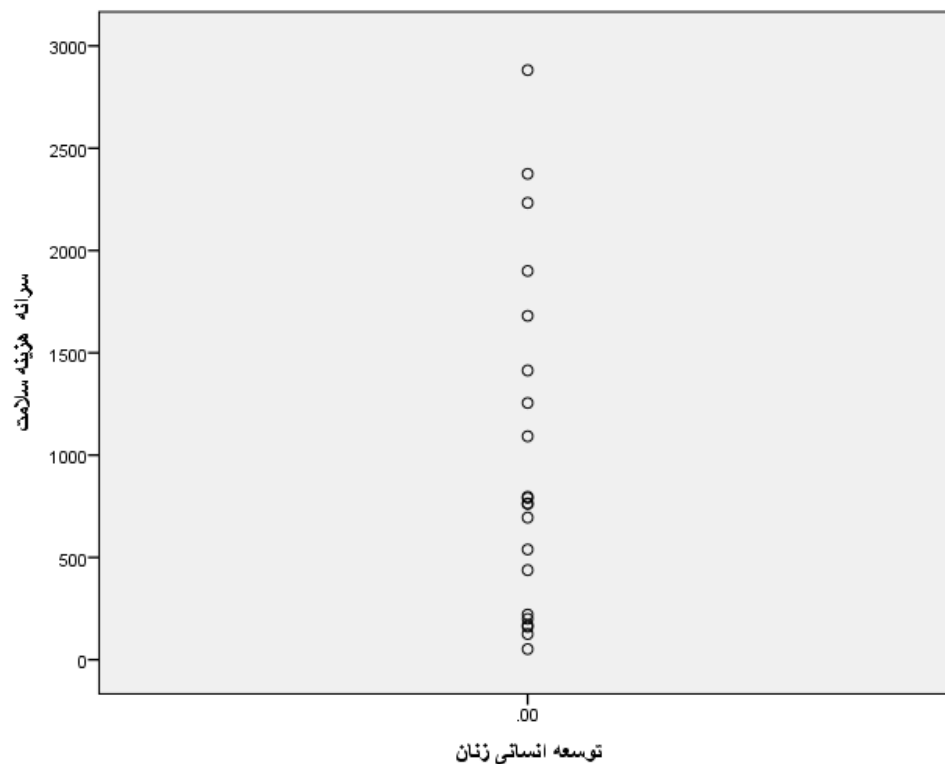
4-3-2-11 همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و توسعه انسانی زنان

به دلیل فقدان داده های مربوط به سنوات 2000-2012 فقط سال 2013 را مورد بررسی قرار گرفت.

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

H_0 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و توسعه انسانی زنان وجود ندارد :

H_1 : همبستگی بین سرانه کل هزینه سلامت و توسعه انسانی زنان وجود دارد :



نمودار 4-11 رابطه سرانه هزینه های سلامت با توسعه انسانی زنان

$$R_s = 0.730$$

$$\text{Sig.} < .01$$

با توجه به اینکه Sig. کوچکتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر 0.730 است، بنابراین بین سرانه کل هزینه سلامت و توسعه انسانی زنان رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد یعنی فرض H_0 رد و فرض H_1 پذیرفته می شود.

12-2-3-4 همبستگی بین سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و توسعه

انسانی زنان

فرضیه آزمون به صورت مقابل است.

H_0 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و توسعه انسانی زنان وجود ندارد:

H_1 : همبستگی بین هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی و توسعه انسانی زنان وجود دارد:



نمودار 12-4 رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با توسعه انسانی زنان

$$R_s = -0.255$$

$$\text{Sig.} > .01$$

با توجه به اینکه Sig. بزرگتر از 0.01 می باشد و ضریب همبستگی اسپیرمن برابر -0.255- است ، بنابراین بین سرانه کل هزینه سلامت و توسعه انسانی زنان رابطه معنی دار وجود ندارد یعنی فرض H_0 پذیرفته می شود.

۳-۳-۴ شناسایی رگرسیون سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان

کشورهای حوزه مدیترانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

رگرسیون چندگانه به مدل های رگرسیون با یک متغیر وابسته و دو متغیر پیشگو یا بیشتر اطلاق میشود. در مقابل، در رگرسیون چندمتغیره متغیرهای وابسته چندگانه و هر تعداد متغیر مستقل وجود دارد. لازم به ذکر چنانچه بیش از یک متغیر مستقل در رگرسیون چندمتغیره بیش از یک متغیر پیشگو وجود داشته باشد، گاهی این مدل رگرسیونی، رگرسیون چندگانه چندمتغیره نامیده می شود. با توجه به اینکه هدف شناسایی رابطه هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان کشورهای حوزه ی مدیترانه شرقی است باید از رگرسیون استفاده کرد. از آن جایی که یک متغیر مستقل وجود دارد که باید رابطه آن را با شش متغیر وابسته بدست آید، بنابراین از رگرسیون Multivariate یا رگرسیون چند متغیره استفاده می شود. در رگرسیون چند متغیره مدل رگرسیون به صورت ماتریسی نوشته می شود. با توجه به آماره $F = 3.27$ و $Sig. = 0.00$ ملاحظه می شود که این رگرسیون به صورت کلی برقرار است یعنی متغیر مستقل که سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی ست با شش متغیر وابسته به صورت کلی رابطه دارد. لذا در گام بعدی، رگرسیون متغیر مستقل با تک تک متغیرهای وابسته مورد آزمون قرار می گیرد.

رگرسیون چند متغیره این پژوهش به صورت زیر می باشد.

$$\begin{bmatrix} y_2 \\ \vdots \\ y_6 \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} 135.67 \\ \vdots \\ 189.49 \end{bmatrix} x + \varepsilon \quad (1)4$$

که ماتریس y_2 تا y_6 برابر است با ضرایب بتا در X به اضافه ی مقدار خطا

جدول 17-4 ضرایب رگرسیون داده های مورد مطالعه

مستقل	متغیرهای وابسته	درجه آزادی	F	Sig.	ضرایب بتا
سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی (X)	توسعه انسانی زنان (y ₁)	32	.918	.596	29.386
	نسبت مرگ زنان از عوامل بارداری به مرگ زنان در سن باروری (y ₂)	32	4.240	.001	135.678
	تعداد مرگ دختران زیر 5 سال (y ₃)	32	3.829	.002	122.525
	امید به زندگی سالم زنان (y ₄)	32	4.043	.001	129.376
	نرخ مرگ کودکان زیر یکسال در هر هزار تولد زنده (y ₅)	32	6.175	.000	197.616
	نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده (y ₆)	32	5.922	.000	189.490

منبع : یافته های مطالعه

با توجه به جدول فوق که Sig. همه متغیرها به غیر از توسعه انسانی زنان کوچکتر از 0.05 است پس رگرسیون سایر متغیرهای وابسته معنی دار است و توسعه انسانی زنان معنی دار نیست و از مدل حذف می شود.

فصل پنجم

بحث، نتیجه گیری و

پیشنهادهای

=====

5-1 بحث

در بررسی همبستگی متغیرهای این مطالعه، سرانه کل هزینه های سلامت با نرخ مرگ کودکان زیر یکسال، و سرانه کل هزینه های سلامت با نرخ مرگ نوزادان در هر هزار تولد زنده رابطه معکوس و معنی دار دارد بدین معنی که هرچه سرانه هزینه های سلامت افزایش یابد نرخ مرگ کودکان زیر یکسال و نرخ مرگ نوزادان کمتر می شود. در این نتیجه با مطالعه (صادقی، 1393)، (فتاحی، 1393)، (باسخا، 1390)، (jaba, 2014) و (Anyanwu, 2009) مشابه می باشد.

سرانه کل هزینه های سلامت با نسبت مرگ مادران باردار از عوامل بارداری به کل مرگ های زنان در سن باروری، رابطه معکوس معنی دار دارد به این صورت که افزایش سرانه هزینه های سلامت به کاهش نسبت مرگ زنان باردار از عوامل بارداری به جمعیت زنان در سن باروری می انجامد. این یافته با مطالعه (Chiraw , 2013) مشابه و با مطالعه (Sajedinejad , 2015) در تضاد بود.

سرانه کل هزینه های سلامت با مرگ دختران زیر 5 سال رابطه معکوس معنی دار دارد. یعنی با افزایش سرانه کل هزینه های سلامت، مرگ دختران زیر 5 سال کاهش می یابد. در خصوص مطالعه اختصاصی مرگ دختران در بررسی متون داخلی و خارجی مطالعه ای یافت نشد

سرانه کل هزینه های سلامت با امید به زندگی سالم زنان و توسعه انسانی زنان رابطه مستقیم معنی دار وجود دارد یعنی با افزایش سرانه هزینه های سلامت، امید به زندگی سالم و توسعه انسانی زنان افزایش می یابد. مطالعاتی که مستقیماً رابطه فوق را سنجیده باشند در بررسی متون داخلی و خارجی یافت نشد

=====

در بررسی همبستگی سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) با نسبت مرگ زنان باردار به نسبت مرگ زنان در سن باروری و مرگ دختران زیر 5 سال و امید به زندگی سالم زنان و توسعه انسانی زنان رابطه معنی دار وجود ندارد . مطالعات مشابه یافت نشد.

در بررسی همبستگی سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی (GDP) با نرخ مرگ کودکان زیر یکسال و سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با نرخ مرگ نوزادان رابطه معنی دار وجود دارد. مطالعات منطبق بر بررسی مستقیم سهم هزینه های سلامت از GDP در مطالعات داخلی و خارجی یافت نشد.

=====

5-2 نتیجه گیری

سازمان جهانی بهداشت در سال 2007 به منظور جلب توجه جهان به موضوع بین المللی و بین نسلی سلامت، شعار سرمایه گذاری در سلامت را مطرح نمود. مفهوم کلان سرمایه گذاری در سلامت از نظر نهادهای جهانی، بیشتر ناظر بر مشارکت مستقیم دولت ها در تأمین سلامت مردم است. شاخص های سهم سلامت از تولید ناخالص داخلی و سرانه هزینه های سلامت، بعنوان شاخص های ارزیابی و سرمایه گذاری برای سلامت توسط کشورها شناخته شده است و به عبارت دیگر این شاخص ها اهمیت جایگاه سلامت مردم در ذهن سیاستمداران هر کشور را مشخص می کند . در سال 2013 دولت ها در منطقه مدیترانه شرقی بطور متوسط 4.9 درصد از تولید ناخالص داخلی را به سلامت اختصاص داده اند که سهم دولت در آن 49.4 درصد بوده است. در مقایسه با متوسط جهانی سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی به میزان 8.7 ، با سهم 57.7 درصدی دولت ها، می توان چالش موجود بر سر راه سلامت این منطقه از جهان را پیش بینی نمود و این درحالی است که با گوشه چشمی در مقایسه با منطقه اروپا با سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی 9.3 درصد و متوسط مشارکت دولت به میزان 75.3 درصد، بر عمق چالش پیش رو می افزاید.

جدول 1-5 مقایسه منطقه مطالعه با جهان و اروپا از نظر سهم از GDP و مشارکت دولت

منطقه	سهم از GDP	مشارکت دولت ها
متوسط مدیترانه شرقی	4.9	49.4
متوسط جهان	8.7	57.7
متوسط اروپا	9.3	75.3

یافته های جداول 4-11 و 4-10 به وضوح نشان می دهد که سرانه کال هزینه های سلامت برای کشورهای منطقه، وابسته به درآمد کشورهاست بطوری که کشورهای که درآمد بالاتر دارند علیرغم اختصاص درصد پایین تر از GDP خود به سلامت، سرانه کل بیشتری را در اختیار دارند و کشورها با سرانه کل بیشتر پیامدهای بهتری از سلامت را کسب نموده اند.

جدول 4-12 نشان می دهد که در سال 2013 تعداد 9 کشور نسبت به میانگین سهم هزینه های سلامت از GDP در منطقه در دوره مطالعه کاهش داشته اند و 19 کشور کمتر از میانگین جهانی ینی 8.7 درصد از تولید ناخالص داخلی را به سلامت کشور خود اختصاص داده اند و 14 کشور کمتر از 5.5 درصد را به سلامت خود اختصاص داده اند گرچه در کشورهای پردرآمد مانند قطر، کویت، امارات پایین بودن این درصد با افزایش سرانه کل هزینه های سلامت جبران می شود و پیامدهای بهداشتی بهتری نیز کسب کرده اند اما در کشورها با درآمد پایین و توسعه انسانی پایین این درصد های پایین باعث پیامدهای سلامتی نامطلوب گردیده است.

در جدول 4-14 می توان دید که 15 کشور سرانه کال هزینه های سلامت شان نسبت به میانگین دوره مورد مطالعه افزایش یافته است اما تنها 7 کشور از میانگین جهانی یعنی 1040 دلار بیشتر بوده اند.

در بررسی همبستگی سرانه کل هزینه های سلامت با مرگ کودکان زیر یکسال و مرگ نوزادان و مرگ زنان باردار از عوامل بارداری به جمعیت بارور کشورها و مرگ دختران زیر 5 سال رابطه معکوس معنی دار بدست آمد.

در بررسی همبستگی سرانه کل هزینه های سلامت با امید به زندگی سالم زنان و توسعه انسانی زنان رابطه مستقیم معنادار بدست آمد.

3-5 پیشنهادات

تعیین هدف های جهانی و منطقه ای وحتی درون کشوری برای افزایش سال های سلامتی بدوتولد می تواند توجه ها را از اقدامات مقطعی و هیجانی و کوتاه مدت دورکند و زمینه ساز آن شود که درکنار بحران های اقتصادی افزایش عدالت در سلامت رخ دهد. پیشنهاد می شود افزایش حداقل 5 سال به میانگین امید به زندگی سالم زنان منطقه مدیترانه شرقی در صدر برنامه های سلامتی کشورهای منطقه در دهه پیش رو قرار گیرد.

تامین مالی سلامت حداقل در حد و اندازه های متوسط جهانی یعنی ۸.۷ درصد از تولید ناخالص داخلی حداقل برای کشورها با درآمد پایین و متوسط پایین پیشنهاد می گردد.

پیشنهاد پژوهش های آتی

در مطالعات و پژوهش های آتی کشورهای درحال توسعه توصیه می شود که به ساختن و تهیه اطلاعات سلامت زنان پرداخته شود. در ابهام ماندن واقعیت های کلان سلامت درمورد زنان همچون تاثیر پذیری زنان از برنامه های مربوط به آنها ، تاثیر پذیری جامعه از سلامت یا بیماری زنان ، موجبات تاخیر در توسعه و اتلاف هزینه های در دسترس و آتی جامعه می گردد.

پیشنهاد می شود سرانه کل هزینه های سلامت زنان مورد بررسی قرارگیرد و برآوردی نزدیک به واقعیت در اختیار متولیان نظام سلامت منطقه قرارگیرد.

پیشنهاد می شود چارچوب جدیدی از تامین سلامت جامعه با سرمایه گذاری در سلامت زنان و کودکان کشور پژوهش شود.

References

- 1- Anyanwu, JC. Erhijakpor AO. (2009). "Health expenditures and health outcomes in Afreca." *African Development Review*; 21: 401-34
- 2- Aisa, R. Pueyo, P. (2005). "Government Health Spending and Growth in a Model of Endogenous Longevity." *Economics Letters*, Elsevier, 90(2): 249-253.
- 3- Assadzadeh, A. Salmani Bishak, MR. Parishani, M. Mansouri, B. (2015). "The Effects of Oil Revenue Shocks on Health Expenditures in Iran." *Health Information Manage*; 11(7) [in Persian].
- 4- Assadzadeh, A. Asgharpur, H. Fouman Ajirlou, Y. (2015). "A Study of the Effects of Public and Private Healthcare Expenditures on Economic Growth in Iran." *Faslnameye Payesh*; 2: 145- 153 [in Persian].
- 5- Asefzade, s. Alijanzade, M. Nasiry ASL, M. (2013). "Rabeteye shakhese tosee ensani ba margomire madaran dar keshvarhaye jahan." *Faslnameye Payesh*; 12:566-59 [in Persian].
- 6- Amiri, A. Ventelou, B. (2012). "Granger causality between total expenditure on health and GDP in OECD: Evidence from the Toda-Yamamoto approach." *Economics Letters* 116 541 -544.
- 7- Blomqvist, A. Carter, R. (1997). "Is health care really a luxury?" *Journal of Health Economy*; 16: 207-29.
- 8- Beheshti, M. Sojoudi, S. (2008). "Experimental analysis of the relationship between health expenditures and gross domestic product in Iran." *Economic Studies Quarterly*; 4(4): 95-115 [in Persian].
- 9- Bukhari, S. Butt. S. (2007). "The Direction of Causality between Health Spending and GDP the Case of Pakistan." *Pakistan Economic and Social Review*, 45(1): 125-140.
- 10- Behrman JR. (1990). "The action of human resources and poverty on one another: what we have yet to learn." New York World Bank.
- 11- Behbudi, D. Bastan, F. feshari, M. (2010). "Examined the relationship between health expenditure per capita and income per capita in countries with low and middle income (approach causality in panel data)." *Journal of economic modeling*; 3: 81-96 [in Persian].

- 12- Barro, RJ. Health, (1996). "Human Capital and Economic Growth. Pan American Health Organization Regional." Office of the World Health Organization Washington DC, Available At: <http://www.PahoOrg/English/HDP/HDD/barropdf>.
- 13- Bloom, D.Canning, D. (2005). "Health and economic growth: reconciling the micro and macro evidence." Mimeo. Harvard School of Public Health.
- 14- Basakha, M. Sabbagh Kermani, M. Yavari, K. (2011). "The effectiveness of government expenditure on human development Indicators case study: Organization of Islamic Countries." Health Administration; 14: 11-26 [in Persian].
- 15- Cohen, M. (1998). "Towards a framework for women's health." Patient Education and Counseling; 33: 187-97.
- 16- Clemente, J. Marcuello, C., Montanes, A. Pueyo F. (2004). "On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?" Journal of Health Economic; 23(3): 589-613.
- 17- Chakroun, M. (2009). "Health Care Expenditure and GDP: An International Panel Smoothes Transition" [Online]; Available from: URL: <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/14322/.Pdf/>.
- 18- Cervellati, M. and Sunde, U. (2011), "Life Expectancy and Economic Growth: the Role of the Demographic Transition", Published Online, 11 May 2011, Springer.
- 19- Chirowa F, Atwood S, Van der Putten M. (2013). "Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub- Saharan Africa: A secondary data analysis." Afr J Prm Health Care Fam Med.; 5(1)
- 20- Darvishpur kakhkim A. Ebrahimi, H., Alavi majd, H. (2009). "Health status of nurses of Hospitals Dependent to Shahroud Medical University." IJN..22(60).pp:19-2 7[in Persian].
- 21- Devlin, N. Hansen, P. (2001). "Health care spending and economic output: Granger causality." Applied Economics Letters, 8: 561-564.
- 22- Erdil, E. Yetkiner, H. (2004). "Panel data approach for income health causality. Hamburg University: Research unit Sustainability and Global Change", Working Papers FNU-47.
- 23- Ebadi, J. Salehi, J. (2010). "The Effect of Human Capital Inequality Between Women and Men in a Life Expecyancy." Magazine of Resarch and Planing: 56: 81-98[in Persian].

- 24- Ebadi, A. Rezapour, A. (2011). "Economics of Health Care." [In Persian].
- 25- Fogel RW. (1994). "Economic Growth, Population Theory and Physiology: The Bearing of Long – Term Processes on the Making of Economic Policy." *The American Economic Review*;84:369-95
- 26- Ghanbari AaB, M. (2009). "Effects of changes in government health spending and economic growth in Iran (since 1959-2004)." *Economic Research Journal*; 83:187-224 [in Persian].
- 27- Gupta, S. Verhoeven, M. (2001). "The efficiency of government expenditure Experiences from Africa." *Journal of policy Modeling*; 23(1): 433-467.
- 28- Gerdtham G, Löthgrem M. (2000). "On stationarity and Cointegration of international health expenditure and GDPS." *Journal of Health Economic*; 19: 461-75.
- 29- Ginsburg, O. (2013). "Breast and cervical cancer control in low and middle-income countries: Human rights meet sound health policy." *Journal of Cancer Policy* 1 e35– e41
- 30- Hoseini, E. Varherami, V. (2010). "Study of the factors that affect on the cost of family health care in Yazd province." *Health Information Manage*; 13(40): 73-9 [in Persian].
- 31- Hsiao C. (2003). "Analysis of Panel Data. Cambridge: Cambridge University Press."
- 32- Hitiris, T. Posnett, J. (1992). "The determinants and effects of the health expenditure in developed countries." *Journal of Health Economics*, 11:173-181.
- 33- Hopkins, S. MacDonald, G. (2000). "The relationship between health expenditure and GDP in Australia: Evidence from a New Approach." Edited by International society for system science and Health Care and Semmelweis University.
- 34- Hewitt, P. (2005). "Health Human Capital and Economic Growth: A Schumpeterian Prospective. Senior Policy Seminar on Health." Pan American Health Organization.
- 35- Hansen, P. King, A. (1996). "The determinants of health care expenditure: a Cointegration approach." *Journal of Health Economic*; 15: 127-37.

- 36- Jewell, T. Leem J. Tieslau, M. Strazicich, MC. (2003). "Stationarity of health expenditures and GDP: evidence from panel unit root tests with heterogeneous structural breaks." *Journal of Health Economic*; 22(2): 313-23.
- 37- Jaba, E. Brigitte Balan, C. Bogdan Robu, I. (2014) "The relationship between life expectancy at birth and health expenditures estimated by a cross-country and time-series analysis." *Procedia Economics and Finance* 15 108 – 114
- 38- Jagger, C. McKee, M. Christensen, K. LagiewkaK Nusselder, W. Herman Oyen, H. Cambois, E. Jeune, B. RobineMind, J. (2013). "The gap —reaching the European target of a 2-year increase in healthy life years in the next decade." *The European Journal of Public Health Advance*.
- 39- Karimi, S. Javadi, M. Jafarzadeh, F. (2012). "Economic Burden and Costs of Chronic Diseases in Iran and the World." *Health Information Management*; 8(7): 996. [In Persian].
- 40- Martin, A. Hartman, M. Whittle, L. Catlin, A. and the National Health Expenditure Accounts Team National (2014). "Health Spending In 2012: Rate Of Health Spending Growth Remained Low For The Fourth Consecutive Year." *Health Affairs*, 33, no.1:67-77.
- 41- Martin, A. Lassman, D. Washington, B. Aaron Catlin and the National Health Expenditure Accounts Team (2012). "Growth in US Health Spending Remained Slow In 2010; Health Share of Gross Domestic Product Was Unchanged From 2009" *Health Affairs*, 31, no.1:208-219.
- 42- Mehrara, M. Amiri, H. (2012). "Is Health a Luxury for People in the Middle East Countries? Evidence from Panel Smooth Transition Regression Models." *Health Information Management*; 9(2): 296. [In Persian].
- 43- Meherara, M., fazaeli, A. (2009). "The relation health expenditure and economic growth in Middle East & North Africa Region selected countries." *Health Information Manage*, (35) [in Persian].
- 44- Mojtahed, A. (2004). "Evaluation of health spending and economic growth in selected countries." *The Iranian letter of Economic Research*; 19: 54-31 [in Persian].

- 45- Moradi, N. Aliporgravand, f. Ahmadi, SH. (2011). "The Relationships between Gender Inequality and Healthy Life Index." *Journal Research social*; 16:106-124. [In Persian].
- 46- Murray, C., Evans, D. (2003). "Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism." 1st ed. World Health Organization; 437-438, 467-470
- 47- Newhouse, J. (1977). "Medical-care expenditure: a cross-national survey." *Journal Human Resource*; 12(1): 115-25.
- 48- Nolte, E. McKee, M. (2008). "Caring for people with chronic conditions: a health system perspective, European Observatory on Health Systems and Policies series." New York: Open University Press.
- 49- Novignon. J. Olakojo, SA. (2012). "The effects of public and private health care expenditure on health status in Sub-Saharan Africa: new evidence from panel data analysis." *Health Economic Review*; December 11;2:22
- 50- Oster, E. Shoulson, I. Dorsey, R. (2012), "Limited Life Expectancy, Human Capital and Health Investments", NBER Working Paper No. 17931.
- 51- Pickering, J. (2007). "Is wellbeing local or global? A perspective from ecopsychology, In: Haworth J, Graham H. Wellbeing: individual, community and social perspectives, Basingstoke, Palgrave Macmillan, 149-162
- 52- Poullier, J, (2002). "World Health Organization. Patterns of Global Health Expenditures: Results for 191 Countries." Geneva: World Health Organization;
- 53- Pourmalek, F. Abolhassani, F. Naghavi, M. Mohammad, K. Majdzadeh, R. Holakouie, K. Fotouhi, A. (2003). "Estimation of healthy life expectancy for Iran's population in year (2003). *Hakim Research Journal* 2008; 10(4): 66-76. [In Persian].
- 54- Rezapoo, A. Ebadi farad Azar, F. abasi broujeni, P. (2011) "Situation of resource allocation in Iranians' health system". [In Persian].
- 55- Rivera, B. Currais, L. (1999). "Economic growth and health: direct impact or reverse causation?" . *Economics Letters*, 6:761-764
- 56- Ravindran T. Sundari, A. (2007). "Women's Health Policies and gender-mainstreaming in health policies, programmes and within health sector institutions", Background paper prepared for the Women and Gender

- Equity Knowledge Network of the WHO Commission on Social Determinants of Health.
- 57- Sen, A. (2001). "Many Facts of Gender Inequality." India's National Magazine.
 - 58- . Shahabadi, A. Naziri, M. Nifroushan, N. (2011). "Effect of elections cycles on growth of public health expenditures in elected developed and developing countries." Journal of Reasearch & modeling Economics, 9 [In Persian].
 - 59- Sadeghi, Sk. Mohammadi Khaneghahi, R. (2015). "The impact of health care expenditure on health indicators: an empirical analysis in middle income countries." Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research, Payesh; 1: 7-14[In Persian].
 - 60- Spence, S. Lewis, M. (2009). "Health and growth Commission on Growth and Development." Online at: www.growthcommission.org, Commissioned by the World Bank.
 - 61- Sadrabadi, H. Azarpeivand, Z. Firouzi, R. (2011). "The Effect of Public Health Expenditures on Economic Growth and It's Indirect Effects on Private Consumption in Iran." Journal of Health Administration; 13 (42) [In Persian].
 - 62- Sadeghi S., Mohammadi Khaneghahi R., (2015). "The impact of health care expenditure on health indicators: an empirical analysis in middle income countries." Journal of the Iranian Institute for Health Sciences Research Payesh; 1: 7-14 [In Persian].
 - 63- Seperdoust, H. Ebrahiminasab, S. (2015). "Human development index and under five years children mortality rate in Iran." Payesh; 2: 137-144 [In Persian].
 - 64- Salomon, J. Wang, H. Freeman, M. Vos, T. Flaxman, A. Lopez, A. Murray, C. (2012). "Healthy life expectancy for 187 countries, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden Disease Study 2010". Lancet; 380: 2144–62
 - 65- Sajedinejad, S. Majdzadeh, R. Vedadhir, (2015). "A Mahmoud Ghazi Tabatabaei⁴ and Kazem Mohammad¹ Maternal mortality." a cross-sectional study in global health Globalization and Health 11:4 [In Persian].

- 66- Vedahir, A. Sadati, M. Ahmadi, B. (2008). "A content Analysis of Iranians Scientific and Academic Health Journal." *Journal of womens Research*. 6(2):133-155. [In Persian].
- 67- Wang, K. (2011). "Health care expenditure and economic growth: Quantile panel-type analysis." *Economic Modelling*, 28:1536–1549
- 68- Normand, C. (1997), *Social Health Insurance*.
- 69- Sean, P. Keehan, A. Andrea, M. Andrew J. Madison, Sheila D. Smith, Joseph M. Lizonitz, John A. Poisal and Christian J. Wolfe *National Health Expenditure Projections: Normand , C. (1997), (2012). "Social Health Insurance Modest Annual Growth Until Coverage Expands And Economic Growth Accelerates Health Affairs*, no.
- 70- Stenberg, K. Axelson, H. Sheehan, P. Anderson, I. Gülmezoglu, m. Temmerman, M. al. (2014). "The Global Investment Framework for Women's and Children's Health." *Lancet*; 383: 1333–54
- 71- Viscusi, WK. (1994). "Risk-risk analysis." *Journal of Risk and Uncertainty*; 8: 5-17.
- 72- Wheeler, D. (1980). "Human resource development and economic growth in developing countries: a simultaneous model." New York: World Bank;

Health care expenditure share of Gross domestic production and women's health in Eastern Mediterranean region from World Health Organization

Abstract

Introduction: In less than a decade ago, World health organization, for drawing attention to international and intergenerational topics of health, bring up slogan of investment in health. In view of global institutions, macro-concepts of investment in health, is more surveillant on direct contribution of governments in providing people health. Health share of gross domestic product determines people health's importance in politician's mind of every country.

Methods: This study is of descriptive-analytical type. Using data of 22 countries from Eastern Mediterranean region; due to years of 2000 to 2013, in SPSS software environment, version 23, regarding measurement's scale of variables and their distribution modes by Pearson statistical correlation and Spearman and multivariate regression analysis; relations between health care expenditure share of gross domestic product and indexes such as women's healthy life expectancy, ration of pregnant women's death to total women's death in child-bearing age and female's death below five years old; has been investigated.

Results: In this study, results approved strong correlation between total health care expenditure per capita with women's healthy life expectancy, ration of pregnant women's death to total women's death in child-bearing age and female's death below five years old. There wasn't any meaningful correlation between health care expenditure share of gross domestic products with above mentioned variables. In regression analysis, there were relations between health care expenditure share of gross domestic products with mentioned variables.

Conclusion: Huge expenditure and more investments in health always is not mean effectiveness and to find fraction that have most influence in improvement of limited government expenditure, is one of the requirement of developing countries. Financial health expenditure, at least in average global extents, with motion toward increase in providing costs via public budgets and getting politician's opinion and government in health system of counties, more specific; toward conjunction points in society (women & kids) is essential.

Keywords: Health expenditure, Gross domestic product, Women's health



تاریخ: ۱۳۹۵/۳/۱ -
شماره: ۵/۴۴/۳۲۹۱
پیوست:

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قزوین
دانشکده بهداشت

فرم شماره ۱۰ - صورتجلسه دفاع از پایان نامه

بسمه تعالی

جلسه دفاع پایان نامه دانشجویی / تخصصی با عنوان ..
رابطه سهم هزینه های سلامت از تولید ناخالص داخلی با سلامت زنان کشورهای حوزه مدیرانه شرقی سازمان جهانی بهداشت

معلق به خانم / آقای: ژاله توفیقی دانشجوی رشته مدیریت خدمات بهداشتی درمانی.

مقطع کارشناسی ارشد به راهنمایی جناب آقای دکتر سعید آصفزاده در تاریخ ۹۵/۰۱/۳۰ تشکیل شد
و با نمره ۱۸ و درجه ۲ مورد تصویب هیئت داوران نامبرده در ذیل قرار گرفت.

هیم

امضاء هیئت داوران:

۱- جناب آقای دکتر سعید آصفزاده

امضای استاد / اساتید راهنما

۲-

امضاء استاد / اساتید مشاور:

امضاء اساتید داور (منتخب گروه):

۱- جناب آقای دکتر محمد مهدی امام جمعی

۲- جناب آقای دکتر روح الله کلهر

امضاء نماینده تحصیلات تکمیلی:

جناب آقای دکتر رزاق محمودی

مهر و امضاء معاون پژوهشی دانشکده بهداشت



**Health care expenditure share of Gross
domestic production and women's
health in Eastern Mediterranean
region from World Health
Organization**



Qazvin university of Medical Sciences

Faculty of Health

Thesis Submitted for the degree of M.Sc. in mamagment health sevice

Titel:

**Health care expenditure share of Gross domestic production and women's health
In Eastern Mediterranean region from World Health Organization**

Supervisor:

Saeed Asefzadh

By:

Zhaleh Tofighi

April 2016